



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.



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 Moraes, 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 sucumbenciais 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 **Emanuel 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



DIOGENES
MARINHO
E DUTRA

www.dmdadvogados.com.br
OAB/RN 225

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Erickson da Silva Camara
Nacionalidade _____ Est. Civil UNIÃO ESTÁVEL
CPF nº 075.24.404-55, RG nº _____ Tel. 8807-3987
Endereço: Rua Marechal Costa e Silva nº 18
; Cep.: 59.550-00
E-mail.: _____

OUTORGADOS: KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIÓGENES, brasileiro, casado, Advogado OAB/RN nº 5.786; ALUIZIO 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.

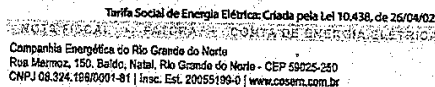
PODERES: Todos os poderes para representá-lo, junto a qualquer repartição pública ou particular, bem como para o foro em geral, em qualquer juízo, instância ou tribunal, especialmente para receber citações, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, renunciar, desistir, receber alvará em secretaria, dar quitação, firmar compromisso, inclusive de inventariante, declarar hipossuficiência econômica, além dos poderes da cláusula **ad judicium**, 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, 30 de dezembro de 2019

Erickson da Silva Camara





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MARECHAL COSTA E SILVA 13

CENTRO/AREA URBANA

PARAZINHO RN
59588-000

CONTA CONTRATO **MES/ANO**

7010634274 05/2019
DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PROXIMA LETURA
20/05/2019 12/06/2019

77.45

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)			
Acrescimo Bandeja AMARELA	111,00000000	0,66238219	74,00000000
Multa por atraso-NF 021085890 - 15/03/18			0,00000000
Juros por atraso-NF 021085890 - 15/03/18			0,00000000
Atualização ICPM-NF 021085890 - 15/03/18			0,00000000

TOTAL DA FATURA 77,45

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
21.20965380	CAT	12/04/2019	5.327,00	13/05/2019	5.486,00	31	1,00000		111,00

Vifima



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 type="checkbox"/> Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Pendente	
<input 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 o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:
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 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

5876

9

CONTA:

2157

1

(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 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:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 V002/2019

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

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

Número do documento: 20052916303610600000054144199



Govorno do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia 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 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 14/02/2019 15:17:56
1.4 Ligou CLOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 21/01/2018 18:30:00
2.2 Fato: Consumado

2.2 Autoria: Desconhecida
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: SN

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

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: EDVALDO FREDERICO CAMARA

3.5 Etnia: Branca

3.6 Mãe: MARIA LELIA DA SILVA CAMARA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.8 CPF:

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 09/05/1984

3.13 Profissão: VIGILANTE

3.14 RG: 002350050 - ITEP/RN

3.15 Telefones: 84 988073987

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 03

3.18 Naturalidade: JOAO CAMARA RN

3.18 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: CG 125 FAN ESD

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. QQS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE ESTAVA SAINDO DO TRABALHO NO PARQUE EOLICO RENASCENÇA 1 NA RN 120 EM DIREÇÃO AO MUNICÍPIO DE PARAZINHO QUANDO CHEGOU NAS PROXIMIDADES DO POSTO DE COMBUSTÍVEL DE PARAZINHO, UMA CRIANÇA ATRAVESSOU A AVENIDA REPENTINAMENTE, QUE O DECLARANTE CONSEGUIU FREIAR, MAS QUANDO COLOCOU O PÉ AO CHÃO PARA APOIAR, COLOCOU O PÉ EM UM BURACO NA PISTA, QUE A PARTIR DA 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.

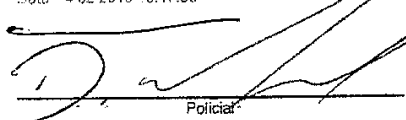
9.2 Informações do CLOSP

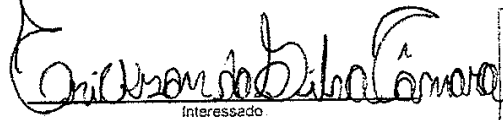
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

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


Policial


Interessado



Delegado

Assinamento: 2031922 - DENIS MARCELINO FÁRIA HENRIQUES

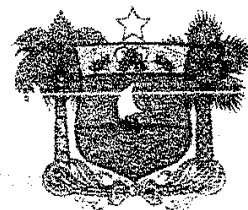
Impressão por: 2031922 - DENIS MARCELINO FÁRIA HENRIQUES em 14/02/2019 15:18:15

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Governo Municipal de Parazinho
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Vice-Prefeito Eronilides Teixeira da Silva, Nº 122 - Centro
CNPJ-(MF) 11.959.203/0001-26 - Fone: (84) 3697-0031
e-mail: smsparazinho@rn.gov.br



BOLETEM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA Nº 24

CARTÃO SUS: <u>304.0532.0498 0096</u>		RG: _____
NOME: <u>Ericsson da Silva Câmara</u>		DATA DE NASC: <u>05/01/2001</u>
NOME DA MÃE: <u>Ms. Leila da Silva Câmara</u>		
<u>33</u> ANOS	COR: _____	SEXO: _____ MAS: <u>U</u> FEM: _____ ESTADO CIVIL: _____
NATURALIDADE: <u>N.º. Câmara</u>		PROFISSÃO: _____ INSTITUTO: <u>U. J. S. P.</u>
ENDEREÇO: <u>R. Marechal Costa e Silva</u>		BAIRRO: <u>Centro</u>
CIDADE: <u>Parazinho</u>		HORA DE ENTRADA: <u>19:23</u> H DATA: <u>21/01/18</u>
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO		
APARENTEMENTE BEM _____ REGULAR _____ COM DISPNEIA _____ CHOCADO _____ COMATOSO _____		
COM HEMORRAGIA _____ EM CONVULSÃO _____ POLITRAUMATISMO _____ AGITADO _____ OUTROS _____		
SINAIS VITAIS		
PA: <u>120 x 90</u> mmHg PULSO: _____ pm FR: _____ rm TEMP: _____ °C PESO: _____ KG		
DOR: <u>1</u> VÔMITO: _____ ALERGIA A MEDICAMENTOS: <u>NÃO</u>		
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)		
<u>Queda de trauma em joelho e pé direito</u> <u>de moto. Não apresenta sinais de fratura.</u>		
EXAME FÍSICO-LESÕES OU AFECÇÕES ENCONTRADAS		
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: <u>Trauma</u>		
EXAMES COMPLEMENTARES (COM REGISTRO):		



2

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

CONDUTA:

④ Temoxican 40mg - 01 famp + 01 bula, 100.

89 39
Eliana de Melo Silva
COREN-RN-1.172.585-11

Dr. Wesley Lopes
MÉDICO
CRM-RN 9160

FICOU NO LOCAL ☐ INTERNADO NO SERVIÇO DE: REMOVIDO EM _____
HORA: _____ HS HORA: _____ HS
PARA: _____
ACIDENTE DE TRABALHO

RETIROU-SE POR DECISÃO MÉDICA ☐ ÓBITO EM _____
APELIDO ☐ ÀS _____ HS
AREVELIA ☐ ENTREGUE À FAMÍLIA ☐
INST. MÉDICO LEGAL ☐
DATA: ____/____/____ ÀS: _____

OBSERVAÇÃO:



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

DIGITALIZADO

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 24/11/2018 08:49

Paciente: ERICKSON DA SILVA CAMARA

Registro: 132511

Idm. 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

Ocupação: VIGILANTE

Mãe: MARIA LELIA DA SILVA CAMARA

Dados do Internamento

Idm. 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 for paga 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 acrescido 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 meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

- Diagnóstico;
- Planejamento e Terapêutico;
- Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [X] Paciente [] Responsável

Erickson da Silva Camara

Observações

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





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

Diurese: Espontanea

SSVV SEM ALTERAÇÕES

Observações:

AVP EM MSD: DIURESE ESPONTÂNEA AGUARDANDO.

RAIO X

Observações/QTD:

Pré:

Pos:

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 PÓS 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

Deambulação

Com auxílio

Corado

Acianótico

Eliminaç.intestinais:

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 ESPONTANEA. SEGUE NO LEITO AOS CUIDADO DA ENF.

24/11/2018 20:15:07

Técnico(a) COREN - 435465
MARIA ELIZABETH DA SILVA

Elizabeth

*132511 - 1 - ERICKSON DA SILVA CAMARA
ESTADO GERAL

Higiene

Alerta

A

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Eliminaç.Vesicais: PRESENTE

SINAIS VITAIS

Pres.Arterial: 120 X 80 Pulso: 78 Temperatura: 36,4 °C Respiração: 20

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

Saturação O2: 94

Glicose no sangue:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE EM PÓS OPERATORIO DE LIGAMENTO DE JOELHO. NA HIDRATAÇÃO VENOSA COM ESQ DE ATB
(CEFAZOLINA SODICA 1 G I. AFERIDO SINAIS VITAIS. COM DIURESE ESPONTANEA. SEGUE 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



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



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** N° 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 ACOMAPNHADO DE MAQUEIRO E FAMILIAR LEVANDO TODOS OS SEUS PERTENCES PESSOAIS.

25/11/2018

COREN - 166956

Alexandre Cesar Ribeiro Ferreira
ALEXANDRE CESAR RIBEIRO FERREIRA



FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 24/11/2018 08:49

Dados do Paciente

Paciente: ERICKSON DA SILVA CAMARA

Registro: 132511

Idade: 34 anos RG: 002350050 CPF: 057.524.704-55 Nascimento: 09/06/1984 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

Idade 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. FILIPPE 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: _____

Procedência: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

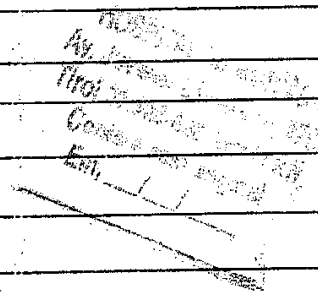
Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____



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 RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO A
2. - O(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.
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

Ericksom da Silva Camara

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



Lucifer



Secretaria de Estado de Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel.

Pronto Socorro Cloris Sarinho

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



Código Solicitação: 264061819

Número AIH: 241810097452-0

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:	HOSPITAL MEMORIAL	CNES:	2408252
Unidade Executante:	HOSPITAL MEMORIAL	CNES:	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	Operador	LUCIMAR
Data de Autorização	08/11/2018 - 07:40:07	Operador	01419244469CLARISSA
Data de Reserva	10.11.2018		
Data de Internação	08.11.2018	Operador	18129862204LUCIMAR
Data Prevista de Alta	24.03.2046		
Data de Alta	08/11/2018 - 08:53:38	Operador	18129862204LUCIMAR
Motivo da Alta	1.1 ALTA CURADO		

DADOS DO PACIENTE

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
 PACIENTE COM DOR E INSTABILIDADE NO JOELHO ESQUERDO
 OBS PACIENTE SOFREU QUEDA JOGANDO BOLA HÁ + DE 2 NOS APRESENTOU DORES PROCUROU MEDICO QUE OPRASSEM PELO SUS/RS

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
 R N M + E F

Condições que Justificam a Internação:
 TRATAMENTO CIRURGICO RECONSTRUCAO LIGAMENTAR + SINOVECTOMIA

PARCELA

Motivo de Impedimento do Regulador:	---	CRM:		Data de Solicitação:	07.11.2018 - 14:09:54
Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)					

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



Reg 13 25 3 3 NOME: ERICKSON DA SILVA CAVALCANTE APTG
Cirurgia Realizada: Reconstrução de LCA + tratamento de lesão osteocondral + SINOVECTOMIA

DATA: 24-08-2020 INÍCIO: 08:00 HS: 2093 MIN: TÉRMINO: 10:25 HS: MIN:

EQUIPE: Dr. TASSO ALACON NOME: 2093 CIC/ME CRM/RN 725 CIRURGIA

1 Auxiliar Dr. TASSO DANTAS ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 6725-RN Pequena

2 Auxiliar Dr. TASSO DANTAS ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 6725-RN Média

Anestesiologista Dr. TASSO DANTAS ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 6725-RN Grande

Instrumentador Dr. TASSO DANTAS ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 6725-RN Múltipla

Ato: Paciente em decúbito dorsal sob anestesia, antisepsia e aposição de campos. Incisão em

face anterior da perna e retirada de tendão patelar e semitendinoso para enxerto. Incisão para portais

artroscópicos. Sinovectomia. Observamos lesão completa de LCA

lesões osteocondrais em joelho. Penetração de túneis osseos em tórax e tibia.

Transposição de enxerto por túneis osseos e fixação com parafusos de interferência, observando-se

estabilidade articular. Revisão da hemostasia e sutura por pontos. Curativo oclusivo.

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEL			
028956	Água Bidestilada 100ml	AMP		050320	Vicryl 4-0 (Violeta)	ENV		068184	Malha Tubular 12cm	ROL	
000326	Água Bidestilada 10ml	AMP	04	050377	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	Clorofanico 1g	AMP		050313	Vicryl 6-0	ENV	05	060930	Polifix 2 vias	UND	01
030086	Decadron 4mg. inj.	AMP		ETHCRONS 5				064794	Podidina Degermante / ml.	ML	100
000719	Glicose 25% 10ml inj.	AMP						064787	Povidine Tópico / ml.	ML	100
004283	Glicose 50% 10ml inj.	AMP						065567	Sabão Líquido	ML	100
004703	Hipocise 50%	FRS						060733	Saptilina Descartável	UND	10
005049	Ibuprofeno 1/4	1/4						063223	Seringa Desc. 01cc c/ Agulha	UND	
015111	Keflin Neutro 1g.	COM	2P.					062443	Seringa Desc. 03cc c/ Agulha	UND	
006667	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						063216	Seringa Desc. 20cc c/ Agulha	UND	03
008449	Solução Ringer Simples	FRS	01	DESCARTÁVEIS				063120	Sonda Uretral 10	UND	
028125	Soro Fisiológico 100ml	FRS		061900	Abborcath-T Plus Nº 14	UND		063144	Sonda Uretral 12	UND	
008718	Soro Fisiológico 9% 500ml	FRS	03	061918	Abborcath-T Plus Nº 16	UND		063151	Sonda Uretral 14	UND	
008740	Soro Glicosado 5% off 500	TB		061925	Abborcath-T Plus Nº 18	UND		063169	Sonda Uretral 16	UND	
008995	Xilocaína 2% c/v	AMP		061932	Abborcath-T Plus Nº 20	UND	05	063183	Sonda Uretral 18	UND	
010026	Xilocaína Gelada 2%	BSG		060962	Agulha Descartável 13 x 4,5	UND		060550	Sonda Uretral 20	UND	
CATERER MMSM				060392	Agulha Descartável 25 x 7	UND	03	PARAF. INTERFERENCIA			
ALGODÃO 2-0				060418	Agulha Descartável 40 x 12	UND	03	Nº 08 x 25			
LUVAS DE PIRE				060575	Alcool Iodado 70%	ML	100	Nº 10 x 30			
PREGUINHA DE PIRE				060582	Atadura Crepon 10cm.	ROL	02				
ARTROZAN				060630	Atadura Crepon 12cm.	ROL	06				
FAIXA DE SUTURA				060590	Atadura Crepon 15cm.	ROL					
S/F 1000m 019%				060608	Atadura Crepon 20cm.	ROL					
				060701	Atadura Gessada 10cm.	ROL					
				060679	Atadura Gessada 12cm.	ROL					
				060020	Atadura Ortopédica 10cm.	ROL					
				060609	Atadura Ortopédica 15cm.	ROL	06				
				061070	Atadura Ortopédica 15cm.	ROL					
				060390	Atadura Ortopédica 20cm.	ROL					
				060646	Bandeja Peridural	UND					
				061545	Bandeja Raqui	UND	01				
				060948	Butterfly 19g	UND					
				060955	Butterfly 21g	UND					
				062135	Butterfly 23g	UND					
				062142	Butterfly 25g	UND					
				061205	Camisola Descartável	UND	02				
				061244	Compressa Cirúrgica	UND	10				
				061989	Eletrodo Descartável	UND	05				
				066949	Enterofix 500ml	UND					
				062024	Esparadrapo 10 x 45	CM	40				
				062031	Eter Sulfúrico / ml.	ML					
				062285	Gase 91 x 91	UND	50				
				062830	Gase Furacinada	UND					
				062364	Gorro Descartável	UND	05				
				062103	Intrafix Air IL 2,4 M	UND					
				061078	Intrafix Padrão	UND	01				
				062253	Lamina Bisturi Nº 11	UND	01				
				062280	Lamina Bisturi Nº 15	UND	01				
				060148	Lamina Bisturi Nº 20	UND	01				
				062332	Luva Descartável Nº 7,0	PAR	02				
				062640	Luva Descartável Nº 7,5	PAR	03				
				062429	Luva Descartável Nº 8,0	PAR	02				
				062471	Malha Tubular 10cm.	ROL					

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

CIRCULANTE: Feliza

RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.

MIDAZOLAN 2 mg

PRÉ-ANESTÉSICO:

DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

RaquiAnestesia L3 L4 Ag 25g

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
000150	Adrenalina	AMP		000818	Narcam	AMP					
028956	Água Bidestilada	AMP		007527	Pisall 10mg	AMP					
000942	Atropina 25	AMP		007558	Prosigmina	AMP					
002050	Cloreto de Potássio	AMP		008292	Ketalar	AMP					
001480	Cloreto de Sódio	AMP		003353	Quelicim 100mg	AMP					
016820	Dimorf 2mg	AMP		000040	Quelicim 500mg	AMP					
002115	Diazepam	AMP		003543	Rapitem	AMP					
002953	Dolantina	AMP		000974	Sevorane	ML					
003060	Domonid 15mg	AMP		008449	Sol. Ringer Simples	FRS					
017075	Domonid 5mg	AMP		028125	Sol. Fisológica	FRS					
003071	Etoril	AMP		008740	Sol. Glicosado	FRS					
003511	Fentamil 2ml	AMP		008829	Sol. Ringer Lactado	FRS					
003780	Forane	ML		001002	Thiopenbutal	FRS					
017036	Histotano	ML		003013	Tractum	AMP					
004895	Hyponitrate	AMP		009727	Voltam	AMP					
002487	Inoval	AMP		001475	Xilocaina 1%	AMP					
010588	Lanoxol	AMP		003325	Xilocaina 2% c/a	AMP					
005887	Marcalina 0.5 c/a	AMP		010026	Xilocaina 2% c/a	AMP					
005894	Marcalina 0.5 s/a	AMP		010033	Xilocaina Pesada	AMP					
010595	Marcalina Pesada	AMP									

Intercorrências

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

DESCRIÇÃO

Oxímetro

Cardioscópio

Capnógrafo

DESCRIÇÃO

Oxigênio Líquido

Protóxido Líquido

QUANTIDADE

ANOTAÇÕES

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

INÍCIO ANESTESIA:

INÍCIO CIRURGIA:

DATA:

FINAL CIRURGIA:

FINAL ANESTESIA:

ANESTESIOLOGISTA:

Dr. Kennedy La Fayette Fernandes Diogenes

CRM: 114.184-2/2012

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: 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"/> | <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 AF 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.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. General Leão de Azevedo, 978
Tiro 01.867.687-0001-10
Centro e Rua Aracá
Em, 24/11/2018

Dr. Tasso Alacon Dantas
Orculista de Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 24242 - CRM/PA 6725

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 A**

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 A

6725

067.547.774-35

JUSTIFICATIVA

02 PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvêncio Lins, 978
Tiroi - CEP: 59.050-000 / RN
Coordenador Geral
Em: ____/____/____

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: hmemorial@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 CIRURGICO DE LIGAMENTO O(A) MESMO(A) NEGA AM+DM+HAS; PUNÇIONADO EM SALA EM MSD COM JELCO Nº20 SEGUE 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, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

PA:123X82

SATU:89

PULC:60

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvencio Lamartine, 979
Tirol - Natal - RN
CEP: 59060-000
Fone: (84) 3133-4200
E-mail: hmemorial@veloxmail.com.br



Hospital Memorial de Natal

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

Data: 24/11/2018

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+SEDAÇÃO

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:

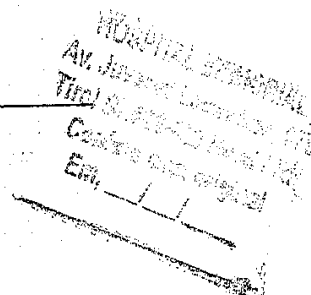
PACIENTE EM IOI DE RECONSTRUÇÃO DO LCA. NEGA HAS + DM NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA NA HVP COM SF 0,9% COM JELCO Nº20 EM MSD PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRECIAS ENCAMINHADO AO SRPA EM O² AMBIENTE E SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: Limpa

FELIPE MORAIS DE MOURA
Técnico(a) COREN - 528240





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:

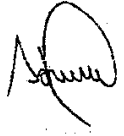
X - Paciente/Acompanhante recebeu(ram) orientações a respeito das Normas Hospitalares.

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 após 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
 Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 132511 Idade: 34 anos
 Unidade: CENTRO CIRURGICO Prontoário:
 Leito: LEITO RESERVA 05 Peso: 68,0 kg Altura: 1,70 m
 Admissão: 24/11/18 08:49 0 dia(s) de internação
 Diag: M242 - Transtornos de ligamentos | Frouxidão ligamentosa SOE | instab

24/11/2018 19:00

Horários de Aplicação

6725

1) DIETA LIVRE, Ao dia	DO	(SND)		
2) DAPIRONA 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. 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	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. 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)		

[Assinatura]

Dr. TASSO ALACON PEREIRA DE ARAUJO DANTAS
 CRM - 6725

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juvêncio de Azevedo, 1070
 Tiroí - Santa Catarina, 89100-000
 Contato: (51) 3631-1111
 E-mail: atendimento@hospitalmemorial.com.br





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 | Instável**

24/11/2018 19:00	Horários de Aplicação	6725
1) DIETA LIVRE, Ao dia	D0 (SND)	
2) DIFIRONA 500mg/mL ampola Uso: 2 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 16 ML DE ABD	D0 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	D0 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.	D0 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	D0 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.	D0 20:00, 04:00, 12:00	
7) SORO RINGER SIMPLES 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 06 em 06 horas.	D0 (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.	D0 08:00, 08:00, 16:00	
9) OMEPRAZOL 40mg frasco ampola 01 ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. Em jejum.	D0 06:00	
10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), Três vezes ao dia	D0 (M T N)	
11) CURATIVO, 24 em 24 horas	D0 (M)	
12) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	D0 (SN)	

Dr. TASSO ALACON PEREIRA DE ARAUJO DANTAS
CRM - 6725

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lima, 275
Tiroi - RJ 235-000
Contato: 021-2500-1111
E-mail: memorial@hospitalmemorial.com.br





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **ERICKSON DA SILVA CAMARA** Idade: **34 anos**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **132511** Prontuário:
Unidade: **UNIDADE I**
Leito: **ENFERMARIA 115-B** Peso: **68,0 kg** Altura: **1,65r**
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	(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, 12:00, 18:00	
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, 08 em 08 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

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juscelino Kubitschek, 1970
Tiro 15, 150-020, 150-020
Contato com o Hospital
Em...

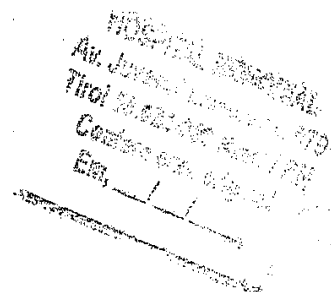




Prescrição Médica / Evolução Clínica

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)





ERICKSON DO SILVA LIMA

EXAMINADO AMBULATORIAL

Ex. Pat. Artr. com
lesão ligamentar anterior

Em exame físico

Trochanter direito

Dr. André Fernandes de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 4677

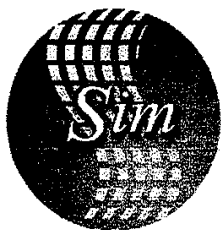
26.05.18

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, Sl 04, Harmony Medical Center

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

Petrópolis | 59012-330 | Natal/RN | Brasil

+55 (84) 3646-0000

Paciente: 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 suprapatelar 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 íntegros.

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

Peritendinite da pata de ganso.

Fossa poplítea 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.





RIO GRANDE DO NORTE



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: smeparazinho@rn.gov.br

LAUDO FISIOTERAPÊUTICO


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 póstero-lateral, quadriceps femoral, gastrocnêmios, 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 tíbio-fibular à esquerda.



Parazinho/RN. 20 de Maio de 2019.


Silvia Magalhães
Fisioterapeuta e Acupunturista
CREFITO - 1RN 178248-F

Silvia Magalhães

Fisioterapeuta

CREFITO-01 RN 178248-F



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - RN 10311 7/ 0012 N.º 013102790878
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RÁTIMO EXERCÍCIO
1 01035560768 000000000000 2015

NOME
FABIO BARROS BARBOSA

CPF/CNPJ 018.023.104-51 PLACA 0145901

ESPÉCIE TIPO 0145901

REGISTRO DE VEÍCULO 0145901

ANEXO 0145901

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 0145901

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 0145901

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 0145901

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 0145901

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 0145901

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 0145901

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 0145901

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 0145901

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 0145901

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 0145901

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 0145901

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 0145901

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO OS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013102790878 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 08/12/2015

CPF/CNPJ 018.023.104-51 PLACA 0145901

RENAVAM 01035560768 REND/OC 125 PAR 160

ANEXO 01035560768 ANEXO 01035560768

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 01035560768

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 01035560768

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 01035560768

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 01035560768

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 01035560768

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 01035560768

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 01035560768

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 01035560768

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 01035560768

CONDIÇÕES DE VEÍCULO 01035560768

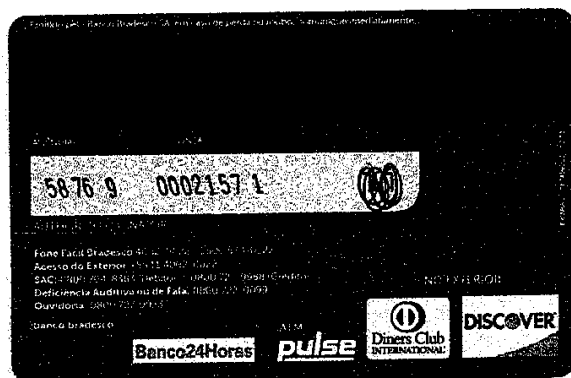
CONDIÇÕES DE VEÍCULO 01035560768

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CPF 08.245.609.0001-94

08/12/2015





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 (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **ERICKSON DA SILVA CAMARA** CPF: **057-524-704-55**
 Endereço: **VIGILANTE RUA MARECHAL COSTA E SILVA** Número: **13** Complemento:
 Bairro: **CENTRO** Cidade: **PARAZINHO** Estado: **RN** CEP: **59.586-000**
 E-mail: Tel. (DDD): **781198807-3487**

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

DADOS CADASTRAIS
 RENDA 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
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: **BRADES**
 AGÊNCIA: **5846** **9** CONTA: **0157** **1**
 (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 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.

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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: Falecidos:

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, _____
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

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.

001 V001/2018

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

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



COSERN

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 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA MARTA VENTURA DE SOUZA

CPF: 073.374.104-50

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MARECHAL COSTA E SILVA 13

CENTRO/ÁREA URBANA
59586-000 PARAZINHO RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

19/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

65,24

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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

3B89.29B8.470C.1D27.A8E2.20FB.6A9F.10D7

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	98,00	0,66692612	65,35
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,62
Multa por atraso-NF 024062226 - 13/05/19			1,49
Juros por atraso-NF 024062226 - 13/05/19			0,72
Atualização IGPM-NF 024062226 - 13/05/19			0,32
Compensação DMIC 05/19			2,34
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,92
TOTAL DA FATURA			65,24

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
65,97	18,00	11,87	65,97	1,11	0,73	65,97	5,09
							3,35

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			R\$	%
Geração de Energia	23,99	36,37		
Transmissão	2,49	3,77		
Distribuição (Cosern)	15,69	23,78		
Encargos Setoriais	3,64	5,52		
Tributos	15,95	24,18		
Perdas de Energia	4,21	6,38		
TOTAL	65,97	100		

HISTÓRICO DO CONSUMO			kWh
JUL	19		98
JUN	19		111
MAI	19		111
ABR	19		94
MAR	19		94
FEV	19		109
JAN	19		115
DEZ	18		111
NOV	18		97
OUT	18		109
SET	18		103
AGO	18		109
JUL	18		101

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Reav	Valor
19/06/19	12/07/19	72,11
17/06/16	12/07/16	12,93

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,50553060

HISTÓRICO DO CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	R\$	%
Geração de Energia	23,99	36,37
Transmissão	2,49	3,77
Distribuição (Cosern)	15,69	23,78
Encargos Setoriais	3,64	5,52
Tributos	15,95	24,18
Perdas de Energia	4,21	6,38
TOTAL	65,97	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000002120965380	CAT	12/06/2019 5.599,00	12/07/2019 5.697,00	30	1,00000	0,00	98,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
ma/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 de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 24,95					
Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ag correios parciais: rua monsenhor freitas, centro / mercadinho vital: av severino ferreira, 460, centro. Lista 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 do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. 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 após 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	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007010634274	07/2019	65,24	19/07/2019	

838100000000 652400384079 010634274209 016416645832



Evite dobrar este canhoto. Este canhoto será usado em leitora ótica.



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA • FATURA • NOTA FISCAL

DADOS DO CLIENTE
EDVALDO FREDERICO CAMARA

CPF: 329.197.437-91

CLASSIFICAÇÃO
81 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PROFESSORA MARIA GUIMARAES 90

CENTRO/AREA URBAN
JOAO CAMARA RN
59550-000

CONTA/CONTRATO	ANEXO
0307751011	07/2019
DATA EMISSÃO	DATA VENCIMENTO

15/07/2019 07/08/2019

201.52

026728886	UNICA	08/07/2019
08/07/2019	3000226810	342691

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Advo(a/Vh)	254,00000000	0,8656 2612	189,96
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,93
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,81
Multa por atraso-NF 023720476 - 07/05/19			3,38
Juros por atraso-NF 023720476 - 07/05/19			1,36
Atualização IGPM-NF 023720476 - 07/05/19			0,62
Doação LBY- 0600 055 5099			15,00
Bônus ITAFU - art 21 da Lei 10 438/2002			-2,06

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
745142	CAT	06-06-2019	7 137,00	06-07-2019	7 441,00	32	1.000,00		254,00

CATYGRIDS OF CONTIGS

INFORMACIONES DE TRIBUTOS

COMPANHIA DO CONSUMIDOR

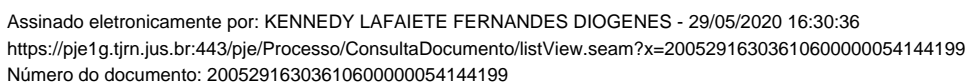
Mineral Intake

1. BASE DE :

VALOR DO

Correspondence: Correspondence:

39.95



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA (CIRCULARSUSEP 445/12)

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorailler.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 redações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para de/dentes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=28636>

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 COAP.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. ² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.813/98.

Pelo exposto, eu MARIA LELIA DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 393.456.708, 39 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ERICKSON DA SILVA CAMARA inscrito (a) no CPF sob o nº 054.524.301/55

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima ERICKSON DA SILVA CAMARGO

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 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX DPVAT, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	RUA: PROFESSORA MARIA GUIMARÃES		Número:	90	Complemento:		
Bairro:	BELA VISTA	Cidade:	JOÃO CAMARA	Estado:	RN	CEP:	59550-000
E-mail:					Tel. (DDD):	781/98807-398	

Local e Data: 1000 PARRA 19/07/2019

Maria Lúcia da Silva Câmara
Assinatura do Declarante

2017001001

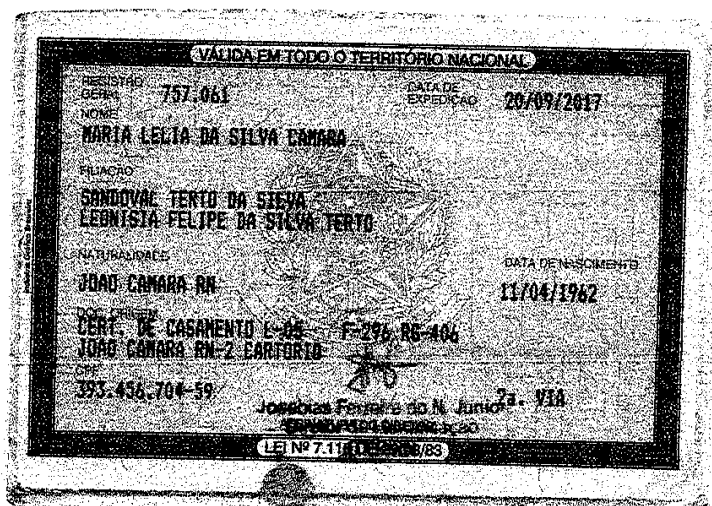
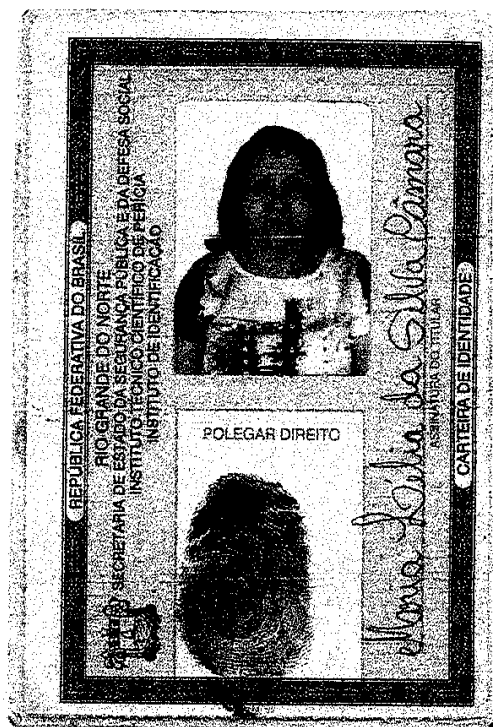


Assinado eletronicamente por: KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIOGENES - 29/05/2020 16:30:36

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

Número do documento: 20052916303610600000054144199

Num. 56307264 - Pág. 36



PROCURADOR



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ERCKSON DA SILVA CAMARA, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: VIGILANTE, Data do Acidente _____
Cobertura _____, portador(a) do RG 002350050, órgão expedidor
ITEP 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 ITEP e do CPF: 393.456.704-59 residente
no(a) RUA PROFESSORA MARIA GUIMARAES nº 90,
bairro: BELA VISTA, município: JOÃO CAMARÁ / 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.



JOÃO CAMARÁ 19-07-2019

Local e Data

Erckson da Silva Câmara

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



1º OFÍCIO DE NOTAS DE JOÃO CAMARÁ/RN
Rua Vereador Cândido Barbosa, 106 - Centro, CEP 55.550-000
(24)3262-3622



RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: ERICKSON DA
SILVA CAMARÁ. For ter sido posta em meus presenças. Confira a
autenticidade em: <https://seidigital.tjn.jus.br> - Selo Digital:
RN201900937950001786JQM
João Câmara/RN, 19 de Junho de 2019 - 11:32.

Ivan Evangelista de 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

Pag. 00121/00122 - carta_16 - INVALIDEZ

00030061



Carta nº 15594348

