



Número: **0800780-44.2019.8.20.5130**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São José de Mipibu**

Última distribuição : **03/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROGERIO FRANCISCO DA SILVA (AUTOR)		GIANFILIPE DANTAS CECCHI (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48447 248	03/09/2019 14:55	Petição Inicial	Petição Inicial
48447 253	03/09/2019 14:55	INICIAL DPVAT	Outros documentos
48447 255	03/09/2019 14:55	DOC PESSOAIS	Documento de Identificação
48447 256	03/09/2019 14:55	COMPROVANTE DE RESIDENCIA	Outros documentos
48447 257	03/09/2019 14:55	procuração	Procuração
48447 258	03/09/2019 14:55	BO	Documento de Comprovação
48447 260	03/09/2019 14:55	CERTIDÃO DE NASCIMENTO	Certidão de Nascimento
48447 263	03/09/2019 14:55	DOC MÉDICA - PROVA	Documento de Comprovação
48447 265	03/09/2019 14:55	PEDIDO SEGURO DPVAT	Outros documentos
48447 267	03/09/2019 14:55	INDEFERIMENTO DPVAT ADM.	Outros documentos
48447 274	03/09/2019 14:55	DOC VEÍCULO	Documento de Comprovação
48447 278	03/09/2019 14:55	DECLARAÇÃO PROPRIETÁRIO DO VEICULO	Documento de Comprovação
48448 032	03/09/2019 14:55	benefício INSS	Outros documentos
48448 034	03/09/2019 14:55	FOTO - PROVA	Fotografia
48448 040	03/09/2019 14:55	FOTO - PROVA 2	Fotografia

anexo



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA
COMARCA DE SÃO JOSÉ DE MIPIBU – RN:

ROGERIO FRANCISCO DA SILVA, brasileira, solteiro, armador de
ferragem, inscrito no CPF sob o nº. 094.416.934-13, residente e domiciliado na Rua Nova, nº 13,
Laranjeira dos Cosmes, São José de Mipibu/RN, CPF 59.162-000, através de seu procurador
regularmente constituído, *ut* instrumento de mandato incluso, vem à presença de Vossa
Excelência propor a presente

ACÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

em face da SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, pessoa jurídica de direito
privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 09.248.608/0001-04, podendo ser citada por intermédio de seu
representante legal, na Rua Senador Dantas, nº. 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031205,
pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos:

Tel.: 84 9 9639.7777 ☎ - 9 9988.0011 ☎
☎ @dantasnogueira.adv

☎ gianfilipe@hotmail.com
☎ alexandrenogueiraadv@hotmail.com



I – DAS RAZÕES FÁTICAS

O Requerente, na data de 13/04/2019, foi vítima de acidente automobilístico, conforme boletim de ocorrência anexo.

Em virtude do citado acidente, o Requerente sofreu inúmeras lesões pelo corpo, dentre elas **PERDA COMPLETA DA MOBILIDADE DO ANTE BRAÇO ESQUERDO**, consoante inclusa documentação.

De acordo com a Lei 6.194/74, que dispõe sobre o SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS - DPVAT, O Requerente tem direito a receber, em virtude da intensidade das lesões sofridas e das sequelas irreversíveis a que foi acometido, a importância correspondente a R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais) valor máximo indenizável, devido a sua invalidez permanente.

Todavia, ao pleitear administrativamente o seguro em apreço, teve a negativa como resposta, como se infere da documentação anexa.

Mister consignar que o Requerente, diante das lesões causadas pelo acidente automobilístico, vem recebendo o auxílio doença previdenciário, concedido pela Autarquia Federal – INSS, o qual em perícia médica, comprovou as lesões mencionadas e a impossibilidade do Requerente desempenhar suas atividades diárias.

Neste diapasão, requer seja a Requerida condenada a pagar ao Requerente a quantia de R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais), consoante a base legal e jurisprudencial a seguir esposada sopesadamente.

II – DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

Anota o Art. 5.º da Lei 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, vejamos:

“Art. 5º - O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia da responsabilidade do segurado.”

Destarte, o §1.º, “a” do mesmo artigo, alterado pela Lei 8.441/92, assevera que a indenização será paga mediante a apresentação dos seguintes documentos, a saber:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Registro da Ocorrência no Órgão Policial Competente;
- c) Prova de qualidade de beneficiários em caso de morte.



Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7.º Caput, da Lei 6.194/74 ao estabelecer que:

§ 7º Os valores correspondentes às indenizações, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, sujeitam-se à correção monetária segundo índice oficial regularmente estabelecido e juros moratórios com base em critérios fixados na regulamentação específica de seguro privado. (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na corte do Superior Tribunal de Justiça. Vejamos:

“STJ. Sumula 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES (DPVAT) não é motivo para recusa do pagamento da indenização”

Sendo assim, é incontroverso a concepção atual no sentido de tão somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

DO QUANTUM INDENIZATÓRIO

De acordo com art. 3º da lei nº. 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, 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).

Essa mesma norma preceitua a estimativa do valor pago a título de indenização à vítima de acidente de trânsito em caso de invalidez permanente, *in verbis*:



“Art. 3º (...)

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte; (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007) (g.n)

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) (g.n)

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. (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).

ANEXO.

(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).

(Produção de efeitos).

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais	Percentual
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	50
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo Polegar	25

Tel.: 84 9 9639.7777 ☎ - 9 9988.0011 ☎
@dantasnogueira.adv

✉ gianfilipe@hotmail.com
✉ alexandrenogueiraadv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: GIANFILOPE DANTAS CECCHI - 03/09/2019 12:12:47

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909031212463400000046841319

Número do documento: 1909031212463400000046841319

Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da Mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

III - DOS REQUERIMENTOS

Ante todo o exposto, requer:

- 1) A Citação da Requerida no endereço declinado na exordial, para querendo, responder nos termos da presente ação sob pena de revelia e confissão.
- 2) Seja dado ao presente feito, com base no art. 10 da Lei 6.194/74, o rito sumário;
- 3) Que seja JULGADO PROCEDENTE o pedido para condenar a Requerida ao pagamento da quantia de R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais) ao Requerente, além de juros legais e correção monetária até a data do efetivo pagamento;
- 4) Seja concedido os benefícios da Justiça Gratuita, por ser o Requerente pobre nos termos da Lei nº 1.060/50.
- 5) Condenação do Requerido em honorários de sucumbência em seu grau máximo.

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos.

Dá-se a causa o valor de R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais).

Pede deferimento.

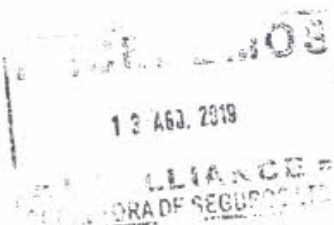
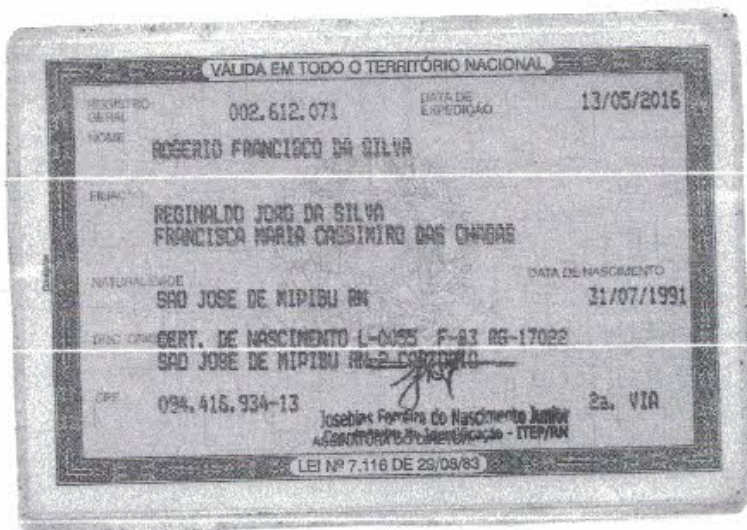
São José de Mipibu/RN, 02 de Setembro de 2019.

GIANFILIPE DANTAS CECCHI
OAB/RN 12.442

Tel.: 84 9 9639.7777 ☎ - 9 9988.0011 ☎
@dantasnogueira.adv

✉ gianfilipe@hotmail.com
✉ alexandrenogueiraadv@hotmail.com





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DE MIPIBU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Nome da UBS Laranjeiras dos Carmes

Nome do Responsável Luana Simplicio Andrade Costa

Declaramos que Rogério Francisco da Silva, CPF
Nº 094.416.934-13, Portador da Cédula de Identidade Nº 002.612.071,
é residente e domiciliado na Rua Nova - Laranjeiras dos
Carmes, Nº 46, Bairro São José de Mipibu, neste município.

Declaramos ainda que o paciente possui Prontuário de Nº 224
e é atendido neste Estabelecimento de Saúde.

São José de Mipibu/RN 16 / 04 / 2019

Assinatura/Carimbo do Responsável: _____





CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA • FATURA • NOTA FISCAL

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LARANJEIRA DOS COSMES/AREA RURAL
SAO JOSE DE MIPIBU RN
69162-000

CLASSIFICAÇÃO

81 RESIDENCIAL
BARRA RENDA COM NIS

0853999067	04/2019
03/05/2019	27/05/2019
126,25	

DESCRICOÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,21988675	6,5965950
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,37957157	26,5700095
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	80,00000000	0,58485738	46,7885904
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,0000000
Religação de Unidade Consumidora			7,0000000
ICMS-Parcela Subvencionada			2,0000000
Multa por atraso - NF 018842275 - 29/01/19			7,0000000
Multa por atraso - NF 014407344 - 28/10/18			2,0000000
Multa por atraso - NF 020324118 - 25/02/19			2,0000000
Juros por atraso - NF 014407344 - 28/10/18			6,0000000
Juros por atraso - NF 018842275 - 29/01/19			1,0000000
Juros por atraso - NF 020324118 - 25/02/19			1,0000000
Atualização IGPM - NF 014407344 - 28/10/18			2,0000000
Atualização IGPM - NF 018842275 - 29/01/19			1,0000000
Atualização IGPM - NF 020324118 - 25/02/19			1,0000000

TOTAL DA FATURA

126.25

DEMONSTRATIVO DE GASTOS DESTA NOVA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
60438616	CAT	27/6/2019	19 103,00	25/6/2019	19 289,00	29	1.000,00		180,00

MESENGER DE CONGRESO
Médica 199

ABR 19	199
MAR 19	237
FEB 19	236
JAN 19	278
DIC 18	245
NOV 18	271
OCT 18	259
SET 18	246
AGO 18	264
JUL 18	276
JUN 18	219
MAY 18	248
ABR 18	233

	BASE DE CÁLCULO
ICMS	78,10
PIS	70,13
COFINS	78,13

	R\$	2013	2014
Geração de Energia	R\$	20,15	26,61
Transmissão	R\$	3,12	3,99
Distribuição (Consumo)	R\$	19,61	25,13
Perdas de Energia	R\$	5,20	6,73
Energias Soterradas	R\$	1,50	2,02
Tributos	R\$	20,33	26,02
Total	R\$	70,13	90,57

TARIFAS APLICANDAS	
Consumo Ativo até 50 kWh	0,1624885
Consumo Ativo superior a 50 até 100 kWh	0,27661254
Consumo Ativo superior a 100 até 200 kWh	0,4177684

C000 E8C0 EFC6 E65E 4453 194E 912F 03C6

INFORMACÕES IMPORTANTES

[illegible]

Não existem veículos de 2018 à venda até agora, mas a rede de varejo já se prepara para o lançamento de novos modelos. Os carros de 2018 serão lançados em setembro, de acordo com a Nissan. Os modelos de 2018 serão lançados em setembro, de acordo com a Nissan. Os modelos de 2018 serão lançados em setembro, de acordo com a Nissan.

DISCLAIMER: This is a pre-proof manuscript.

	VALOR R\$	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
IMC	0,00	17,30	22,84	45,22
PMG	2,00	7,59	18,19	30,39
PMSC	2,25	6,18	0,00	0,00

Limite IMC: 18,60 - R\$20 - Valor do Encargo de Uso do Sistema Distribuído

Limite DCCR: 16,60 - EUSO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 27,32

NIVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITES DE VARIAÇÃO (%)	
	inverno	verão
220	262	254

CONTINUTIVO	MESANO	DATA	TOTAL A PAGAR (R\$)
10/05/2019	10/05/2019	126,25	

838000000001-7 26250038400-5 85399906720-6 01160024735-8



LIANCE =
OF REPOSITID.

103
JUL 2019
CLANCE =
KAD SEUNGOT

13 AGJ. 2019

ALLIANCE -
TRADE SECTOR



Assinado eletronicamente por: GIANFILIPE DANTAS CECCHI - 03/09/2019 12:12:52

Num. 48447256 - Pág. 1

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090312125185500000046841322>

Número do documento: 19090312125185500000046841322



INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S): ROGÉRIO FRANCISCO DA SILVA, brasileiro, solteira, armador de ferragem, inscrita no CPF sob o nº 094.416.934-13, residente e domiciliada na Rua Nova, nº 46, Laranjeira dos Cosmes, São José de Mipibu/RN, CEP 59.162-000.

OUTORGADO: Dr. ALEXANDRE NOGUEIRA DE SOUSA, brasileiro, divorciado, Advogado, inscrito na OAB/RN sob nº. 7.273, Dr. GIANFILIPE DANTAS CECCHI, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob nº. 12.442, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais no Escritório de advocacia situado Rua Dr. Jerônimo, nº. 38, Centro, São José de Mipibu/RN, CEP: 59.162-000.

PODERES: Amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes a cláusula “*ad judicium et extra*”, especialmente visando defender direitos do(a) Outorgante, podendo ainda, requerer Justiça Gratuita, variar de ações, receber intimações, desistir, transigir, confessar, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, apresentar, juntar e desembaraçar documentos e papéis, recibos e guias em repartições públicas, inclusive receber alvarás judiciais, firmar compromisso, produzir provas ou justificações, requerer, concordar com cálculos e avaliações, ratificar desistências, interpor recursos até Superior Instância e praticar, enfim, todos os atos necessários que visem a boa e fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocatícias de defesa dos direitos subjetivos e interesses jurídicos do Outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes.

HONORÁRIOS: Os honorários advocatícios ficam fixados na porcentagem de 30% (Trinta por cento) do valor do êxito da demanda, seja proveniente de ACORDO (Judicial ou Extrajudicial), de CONDENAÇÃO (Sentença/ Acórdão) e de EXECUÇÃO (astreintes) a ser ajustado ao final do processo, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais que pertencem única e exclusivamente aos OUTORGADOS/CONTRATADOS (Estatuto da OAB).

São José de Mipibu/RN, 02 de Setembro de 2019.


OUTORGANTE

Tel.: 84 9 9639.7777 ☎ - 9 9988.0011 ☎
☑ @dantasnogueira.adv

☑ gianfilipe@hotmail.com
☑ alexandrenogueiraadv@hotmail.com

Scanned with CamScanner





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DE MIPIBU-RN
Rua Bela Vista, nº. 305, Centro, São José de Mipibu/RN, Fone (84) 3273-2209.

BO: 545/2019

São José de Mipibu/RN, 07 de Maio de 2019

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: DPVAT

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Não sabe informar o local exato, apenas que foi em laranjeira dos Cosmes em São José de Mipibu/RN

DATA E HORA DO FATO: 13/04/2019, por volta das 16h30min

Comunicante: Rogério Francisco da Silva Rg.: 002.612.071 ITEP/RN

Filiação: Reginaldo Joao da Silva/ Francisca Maria Cassimiro das Chagas

Data de Nascimento: 31/07/1991 Natural de SJM/RN

ENDEREÇO: Rua Nova, 46. Laranjeira dos Cosmes. SJM/RN

Fone para contato: 084- 991533539

SUSPEITO:

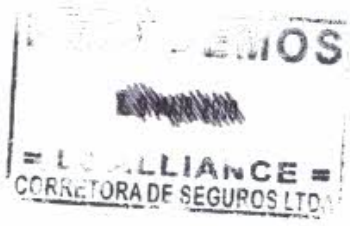
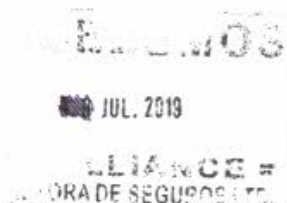
ENDEREÇO:

HISTÓRICO: O comunicante informou não possui CNH; Que o comunicante estava pilotando o veículo Honda/CG 125I FAN de placa QGS7583 com RENAVAL 01117416140 de propriedade do Sr. Reginaldo Joao da Silva; Que durante o trajeto, o comunicante perdeu o controle por nenhuma razão e caiu da moto; Que em decorrência da queda, o comunicante sofreu lesões corporais; Que o comunicante foi socorrido pela ambulância local para a UPA e posteriormente, encaminhado ao hospital Walfredo.

Providências: Feito o Registro da ocorrência.

Rogério Francisco da Silva
Comunicante

APC André
Mat. 207.249-1



Registro Civil das Pessoas Naturais

República Federativa do Brasil

Joselita Rodrigues Nunes Godoiro
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL

2.º Cartório Judiciário

CC: 08.489.232/0001-50
St. José de Mipibu - RN



Município de Paraná do Norte
Estado de RN
Distrito de Paraná do Norte

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, do livro N.º 55, dos assentos de nascimento, deste distrito, às fls. 083, sob n.º 17022, consta o registro de Rogério Francisco

da Silva, do sexo masculino, de cor branco nascido

aos 31 de fevereiro de 1992, às 6:00 horas, em Maternidade

Freire nesta cidade

Francisco Maria Casimiro das Chagas

São seus avós paternos João da Silva e Luiza

Maria da Silva

e maternos Maria da Conceição Casimiro das Chagas

OBSERVAÇÕES: Foi declarante o pai do registrado. O

presente registro foi assinado em 09.04.92

por Mécia Lopes de

Almeida e Maria da Socorro Fereira

O referido é verdade e dou fé.

13 ABO. 2019

St. José de Mipibu 09 de abril de 19

LANCE	
CORRETORE DE SEGUROS	
E-15.104.204	
Conferido por:	2.º Cartório Judiciário
	Joselita Rodrigues Nunes Godoiro
	CC: 08.489.232/0001-50
	Tabela: E-15.104.204
	São José de Mipibu - RN

OFICIAL DO REGISTRO CIVIL





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 8943 / 2019 NIR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 123064 ROGERIO FRANCISCO DA SILVA 27

Prontuário:

NS: 898002992932002

Nascimento: 31/07/1991 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: FRANCISCA MARIA CASSIMIRO DAS CHAGAS

Pai:

Endereço: RUA NOVA, 46 - LARANJEIRA DOS COSMOS - SAO JOSE DE MIPIBU

Fone: 992056888 /

Município: SAO JOSE DE MIPIBU

Código Municipal IBGE: 241220

UF: RN

CEP: 59162-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM TRAUMA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.



AUTENTICAÇÃO

Apresente cópia e a reprodução fiel do original que me foi apresentado para conferência.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX E EXAME FÍSICO

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S52.7 FRATURAS MÚLTIPLAS DO ANTEBRAÇO*408020423. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS

Profissional Solicitante / Assistente:

KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS

K. GIAN GUARNIERE DANTAS
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM: 4781 / TEOT: 1044
CPF: 703425474-53 CRM: 4421 / RN

Data da Solicitação 13/04/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:
() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:
() Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:
Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

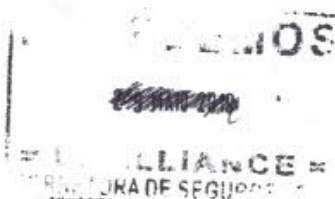
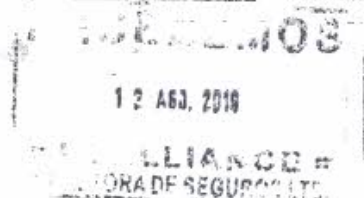
AUTORIZAÇÃO

Nº Autorização da AIH:

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Documento: () CNS () CPF nº

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:



Assinado eletronicamente por: GIANFILIPE DANTAS CECCHI - 03/09/2019 12:13:00

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090312125927400000046841329>

Número do documento: 19090312125927400000046841329



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DE MIPIBU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Av. Pedro Ferreira – Centro - São José de Mipibu/RN

TRANSFERÊNCIA/AUTORIZAÇÃO
INTERNAÇÃO - AIH

Encaminho o paciente: **ROGERIO FRANCISCO DA SILVA;**
CPF: 094.416.934-13; CNS: 898 0029 9293 2002; residente a Rua Nova, nº 46 –
Laranjeiras dos Cosmes - São José do Mipibu/RN, para realizar o procedimento:
0408020423; a ser realizado no: **HOSPITAL MEMORIAL DE NATAL;** conforme
laudo em anexo.

São Jose de Mipibu/RN, 16 de Abril de 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ DE MIPIBU - RN
AUTORIZO
Em. 16/04/19

Erinaldo de Santana
Autorizador- Mat.:6892

13 ABO. 2019

ALLIANCE =
RA DE SEGUROS

13 ABO. 2019

ALLIANCE =
RA DE SEGUROS

13 ABO. 2019

ALLIANCE =
RA DE SEGUROS



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:
Prefeitura Municipal de São José de Mipibu
Secretaria Municipal de Saúde

CNPJ:
08.365.850/0001-03

Endereço Completo e Telefone:
Av. Pedro Ferreira, 284, Centro

Cidade:
São José de Mipibu UF: RN

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

Drª Izabel C. Faria de Oliveira
MÉDICA
CRM 9213-RN

Dr. Sô Vem 12
Comp.

Paciente: R. M. F. do S. da Silva
Endereço: Av. Pedro Ferreira, 284, Centro
Prescrição: 1200 51 010 010 010 010
(51 de 010)

ENTREGUE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data ____/____/____

GRÁFICA E EDITORA RIO BRANCO LTDA - Av. Rio Branco, 441 - Centro - Natal/RN - CEP: 59.025-003 - CNPJ 08.038.236/0001-29
Insc. Est. 20.036.936-9 - CNAE Primário 1813-0/99 - 1.200 TL 58x2 com 50 Receituário Controle Especial - 10/01/2013

12 AGO 2019

12 AGO 2019

12 AGO 2019





Prefeitura Municipal de
São José de Mipibu
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Barão de Mipibu, 42, Centro - São José de Mipibu

Nome: Rogério Francisco do Alencar

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente
supracitado foi examinado nesta Unidade de Saúde, às
08.00 horas, nesta data, necessitando de (15) dias de
afastamento do trabalho, a partir desta data.

CID: S527

SÃO JOSÉ DE MIPIBU, 15, 04, 19

Dra. Izabel C. Faria de Oliveira
MÉDICA
CRM 9213-RN
REQUISITANTE

13 AGO. 2019

JUL. 2019

ALLIANCE
CORPORATE DE SEGUROS LT

~~ALLIANCE~~

ALLIANCE
CORPORATE DE SEGUROS LT





Prefeitura Municipal de
São José de Mipibu
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Barão de Mipibu, 42, Centro - São José de Mipibu

Nome:

Rogério Francisco de Almeida

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente
supracitado foi examinado nesta Unidade de Saúde, às
08:30 horas, nesta data, necessitando de (15) dias de
afastamento do trabalho, a partir desta data.

CID:

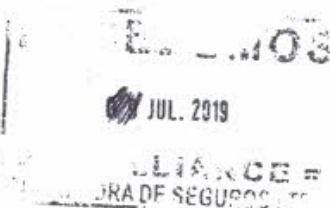
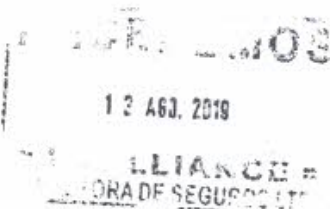
5428

SÃO JOSÉ DE MIPIBU,

06/05/19

REQUISITANTE

Dr. Izabel C. F. de Oliveira
Médica
CRM 213.819





Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCÓPIA

Rogério F da Silva

Solicito

Fisioterapia 10 sessões

HD: Pop fratura do antebraço E

- ADM total
- analgesia – tens, calor
- massagem
- controle do edema

Dr Hélio R/P Garcia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500

13 ABO. 2019

LIANCE =
RA DE SEGUROS

LIANCE =
RA DE SEGUROS





Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

RELATÓRIO MÉDICO

Nome: Rogério F da Silva

Diagnóstico: Pop fratura do antebraço E

Prognóstico: Moderado. Ainda com dor e limitação. Segue em acompanhamento.

Recomendação: Deve afastar-se de suas atividades de carga por 6 (seis) meses, a critério do perito

CID: S52 / Z98.8

04.07.19

Dr Hélio R P Garcia
CRM 5500

Dr Hélio R Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500

13 AGO. 2019

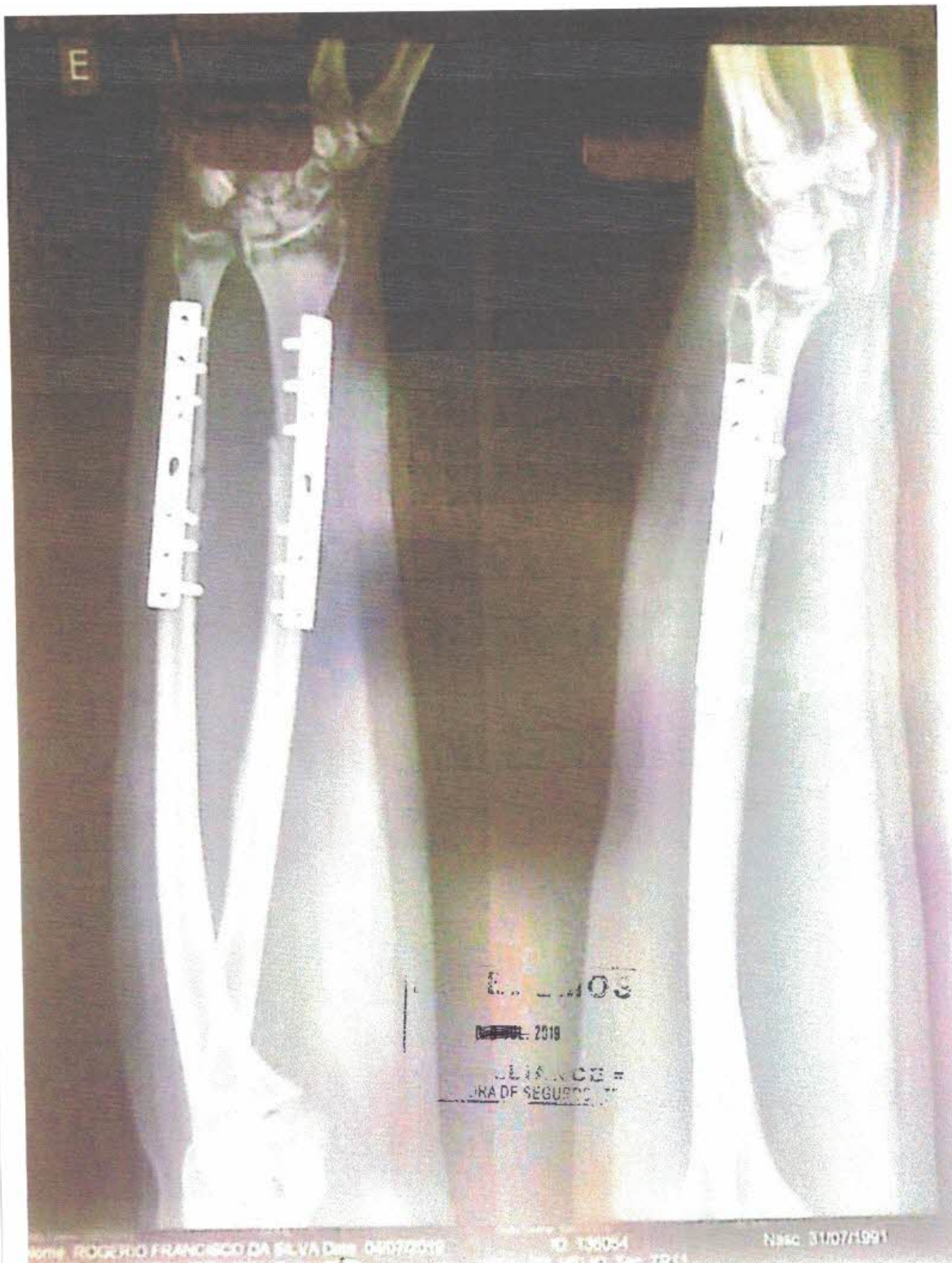
ALLIANCE =
CORAD SEGUROS LT

13 AGO. 2019

ALLIANCE =
CORAD SEGUROS LT

Hospital Memorial – Av. Gov Juvenal Lamartine, 979 – Tirol – Natal – RN – F: 31334200

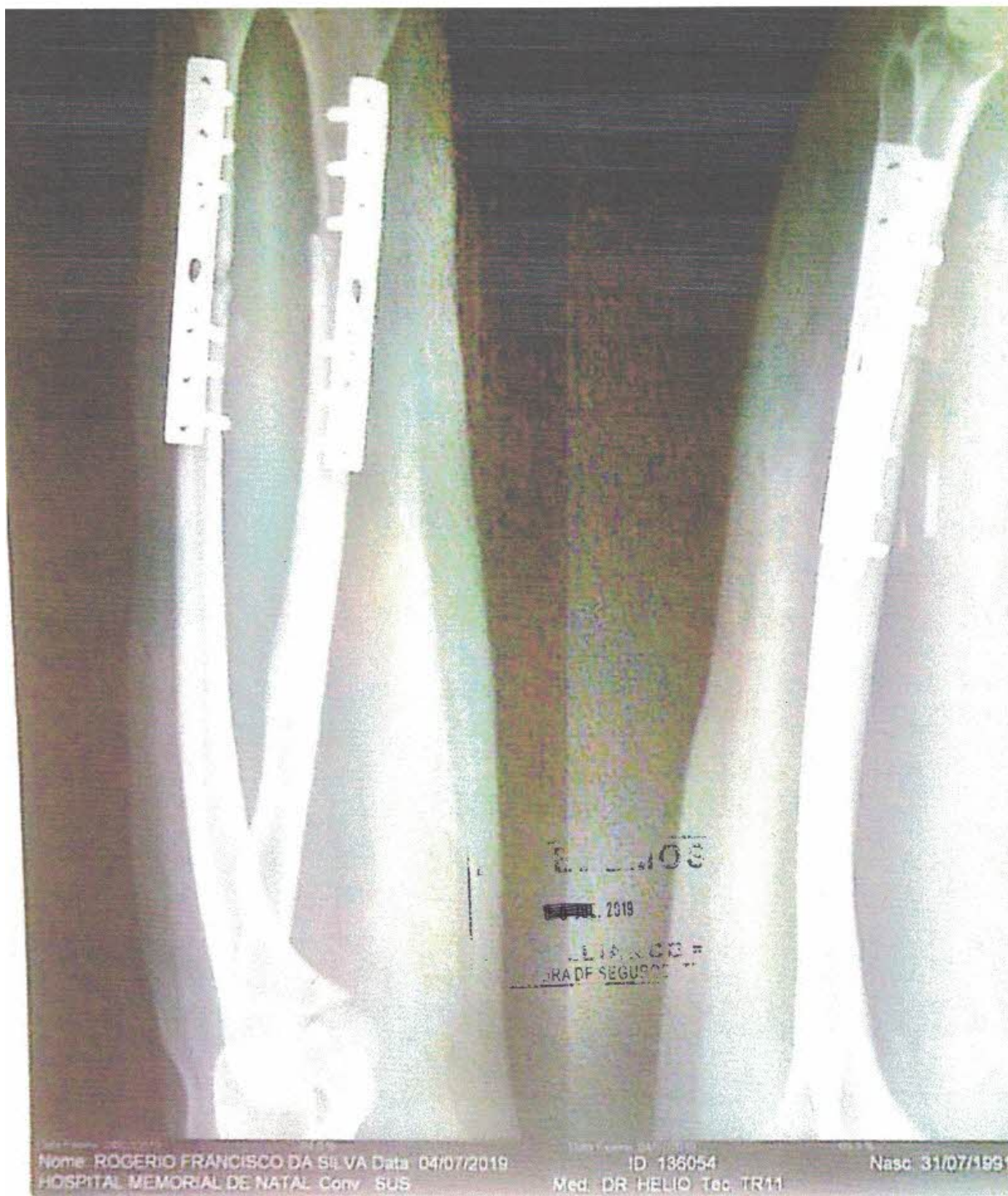




13 AJO, 2019

Scanned with CamScanner





Nome: ROGERIO FRANCISCO DA SILVA Data: 04/07/2019
HOSPITAL MEMORIAL DE NATAL Conv: SUS

ID: 136054
Med: DR. HELIO Tac: TR11

Nasc: 31/07/1991



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4100 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 17/06/2019 11:19

Paciente: **ROGERIO FRANCISCO DA SILVA**

Registro: **136054**

Num. RG: **002612071** CPF: **094.416.934-13** Nascimento: **31/07/1991** 28 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **NOVA**

N.: **46**

Bairro: **LARANJEIRA DOS COSME**

Cidade: **SAO JOSE DE MIPIBU**

UF: **RN**

CEP: **59162000**

Fone: **84991875860**

Profissão: **ARMADOR DE FERROS**

Mãe: **FRANCISCA MARIA CASSIMIRO DAS CHAGAS**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **2**

Entrada: **17/06/2019 11:18** Previsão saída: **18/06/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **89800/992932002**

Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**

CRM: **5500**

LEITO RESERVA 08

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 secundário 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: [] Paciente [] Responsável

Rogerio Francisco da Silva

Observações

SEM UMA PELICULA DE RX LAUDO DO SUS MEDICO CIENTE

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Compare com original
Em 06/08/19
Barbosa

MediWare

Página 1 / 1

13 A6J. 2010

LIANCE
ORA DE SEGUROS



Assinado eletronicamente por: GIANFILOPE DANTAS CECCHI - 03/09/2019 12:13:00

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090312125927400000046841329>

Número do documento: 19090312125927400000046841329

Num. 48447263 - Pág. 10

Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 17/06/2019 11:19

Dados do Paciente

Paciente: **ROGERIO FRANCISCO DA SILVA**

Registro: 136054

Num. RG: **002612071**

CPF: **094.415.934-13** Nascimento: **31/07/1991** 28 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **NOVA**

Nº: **46**

Bairro: **LARANJEIRA DOS COSME**

Cidade: **SAO JOSE DE MIPIBU**

UF: **RN**

CEP: **59162000**

Fone: **84991875860**

Profissão: **ARMADOR DE FERROS**

Mãe: **FRANCISCA MARIA CASSIMIRO DAS CHAGAS**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **2**

Entrada: **17/06/2019 11:18** Previsão saída: **18/06/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **898002992932002**

Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDORO GARCIA**

CRM: **5580**

LEITO RESERVA 08

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico 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
AV. JUVENAL Lamartine, 979
TIROL 59.022-020 Natal / RN
Compare com original
Em. ____/____/____

MedicWare

Página 1 / 1



Assinado eletronicamente por: GIANFILOPE DANTAS CECCHI - 03/09/2019 12:13:00

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090312125927400000046841329>

Número do documento: 19090312125927400000046841329

Num. 48447263 - Pág. 11

Dados do Paciente

Paciente: **ROGERIO FRANCISCO DA SILVA** Registro: **136054**
Nº RG: **002612071** CPF: **094.416.924-13** Nascimento: **31/07/1991** 28 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **NOVA** N: **46** Bairro: **LARANJEIRA DOS COSME**
Cidade: **SAO JOSE DE MIPIBU** UF: **RN** CEP: **59162000** Fone: **8499187586**
Profissão: **ARMADOR DE FERROS** Mãe: **FRANCISCA MARIA CASSIMIRO DAS CHAGA**

Dados do Internamento

Nº Internamento: **2** Entrada: **17/06/2019 11:18** Previsão saída: **18/06/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **893002992932002**
Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA** CRM: **5500**

LEITO RESERVA 08

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO
PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS**

- 1 - Autorizo o(a) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S8304 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS
- 2 - O(A) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA, 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 assina o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização:
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [Y] 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

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
TIROL 59.022-020 NATAL/RN
Comparecer com original
Em. ____/____/____

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500



Código Solicitação: 290436711

Número AIH: 241910046823-5

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

Central Reguladora
NATAL

Data de Solicitação
28.05.2019 - 13:41:05

Data de Autorização
28/05/2019 - 15:50:50

Data de Reserva
28.05.2019

Data de Internação
29.05.2019

Data Prevista de Alta
31.05.2019

Data de Alta
30/05/2019 - 14:04:25

Motivo da Alta
1.2 ALTA MELHORADO

CNES:
2653923

CNES:
2408252

Município Executante
NATAL

Operador
01987736419MARILENE

Operador
01016882459SOLANO

Operador
33391521449FRANCISCA

Operador
33391521449FRANCISCA

DADOS DO PACIENTE

CNS:
898002992932002

Nome do Paciente
ROGERIO FRANCISCO DA SILVA

Nome da Mãe
FRANCISCA MARIA C DAS CHAGAS

Sexo:
MASCULINO

Data de Nascimento:
31/07/1991 (27 anos)

Tipo Logradouro:
RUA

Número:
44

Pais de Residência:
BRASIL

Telefone(s):

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:
SAO JOSE DE MIPIBU - RN

Raça:
SEM INFORMACAO

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:
RUA NOVA

Bairro:
LARANJEIRA DOS COSME

Município de Residência:
SAO JOSE DE MIPIBU

Complemento:

CEP:
59162-000

UF:
RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
70342547453

CPF do Médico Executante:
19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:
S527 - FRATURAS MÚLTIPLAS DO ANTEBRAÇO

Caráter
11 - Urgência

Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE)

Nome do Médico Solicitante:
GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

Status da Solicitação:
APROVADA

Nome do Médico Executante:
HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Classificação de Risco
Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Complementar:
Nenhuma

Código:
0408020423

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
PACIENTE SOFREU TRAUMA NO ANTEBRAÇO CAUSANDO FRATURA FEITO IMOBILIZAÇÃO/td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
EXAME FÍSICO E RAIO X

Condições que Justificam a Internação:
NECESSIDADE DE CIRURGIA

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

13 AGO. 2019

ALLIANCE -

PLANO DE SAÚDE

CRM:

Data de Solicitação:
28.05.2019 - 13:41:05

HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juvenal Lamartine, 979

Tirol 59.022-020 Natal / RN

Compare com original

Em. ____/____/____





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 8943 / 2019 NIR

29043671

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **123064 ROGERIO FRANCISCO DA SILVA**

Prontuário:

CNS: 898002992932002

Nascimento: 31/07/1991 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: FRANCISCA MARIA CASSIMIRO DAS CHAGAS

Pai:

• 9187 - 5860

Endereço: RUA NOVA, 46 - LARANJEIRA DOS COSMOS - SAO JOSE DE MIPIBU

• Fone: 992056888 / 992056888

Município: SAO JOSE DE MIPIBU

Código Municipal IBGE: 241220

UF: RN CEP: 59162-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

13 ABO. 2019

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX E EXAME FÍSICO

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S52.7 FRATURAS MÚLTIPLAS DO ANTEBRAÇO*408020423. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS

Profissional Solicitante / Assistente:

KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS

LEON GUARNIERE R. DANTAS
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 4781 / TEOT / IDM
CPF: 703425474-53 CRM: 4421 / RN

Data da Solicitação 13/04/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: _____ Assinatura/Carimbo: _____

Nº Autorização da ATH:

HOSP. AL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamarque, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Conferir com original
Em. _____





Hospital Memorial
São Francisco

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: ROGERIO FRANCISCO DA SILVA

Data do Procedimento: 17.06.19

Registro: 136054

IH: 2

Diagnóstico pré operatório: M84 TRANSTORNOS DA CONTINUIDADE DO OSSO -

Código do procedimento

0408020423
0408060174
0408040157

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS
OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE
OSTEOTOMIA DA PELVE

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM

5500

Anestesiologista: MATEUS REVOREDO GOMES

8080

Instrumentador: berenise

Instrumentador Empresa: antonia

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

2 placas doc
12 parafusos

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

1. Paciente em DDH sob bloqueio M Sup E
2. Assepsia e antisepsia
3. Via de acesso dorsal do antebraço E + divisão roma
4. Tratamento cirúrgico da fratura do antebraço E
5. Osteotomia dos ossos longos
6. Enxerto ósseo
7. RX intra-op
8. Limpeza + sutura + curativo + tala gessada



HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Compare com original
Em. 1

Dr. Helio R. Polido Garcia
Cirurgia de Mão
Microcirurgia
CRM - 5500

CRM: 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

17/06/2019 18:03:42



Assinado eletronicamente por: GIANFILOPE DANTAS CECCHI - 03/09/2019 12:13:00

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090312125927400000046841329>

Número do documento: 19090312125927400000046841329

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

paciente: **ROGERIO FRANCISCO DA SILVA**

ROGERIO FRANCISCO DA SILVA

IH: 2

cirurgia Realizada

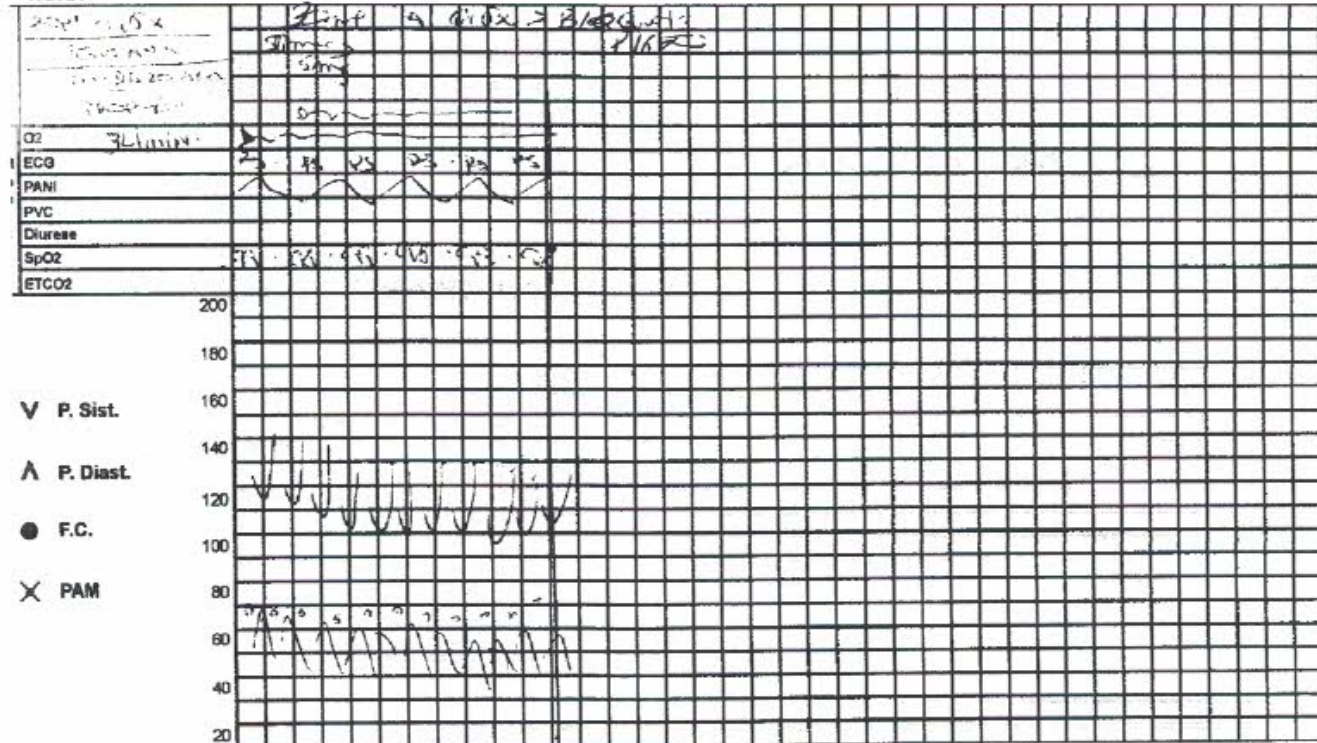
RATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DO ANTEBRAÇO + OSTEOTOMIA Pelve+OSTEOTOMIA ANTEBRAÇO

Data

18/06/2019

1º Auxiliar	2º Auxiliar	Anestesiologistas
-------------	-------------	-------------------

HORA



V P. Sist.

A P. Diast.

● F.C.

X PAM

Exames Laboratoriais

PaCO2		
PiCO2		
SO2		
FB2		
PaO2		
SHCO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glicose		
FENTANIL	600MG	01A
MIDAZOLAN	16MG	01A
NEOCAINA	0,5%	
DIAMORF	0,2MG	
SUFENTANIL	10MG	
ROCURONIO	60MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	02F
EFEDRINA	50MG	
ARAMIN	10MG	
CEFAZOLINA	1G	02F
DIPIRONA	1G	02A
DRAMIN	3MG	01A
DEXAMETASONA	10MG	01A
RANITIDINA	60MG	01
ONDASETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,5%	
ISOBARICA	0,5%	
CETOPROFENO	100mg	
ROPIVACAÍNA	1%	01F
ABO	10ML	01A
TENOXICAM	40MG	01F

TÉCNICA ANESTÉSICA: **BLOQUEIO PERIFÉRICO**

BLOQUEIO: **PLEXO BRAQUIAL**

LOCAL DA PUNÇÃO: **INTERESCALÉICO + AXILAR**

NÍVEL ANESTESIA: **-**

AGULHA: **A60MM**

BLOQUEIO MOTOR: **g**

POSICÃO: **Antes: DDH**

Depois: **DDH**

APARELHO:

TÉCNICA: **ABERTO**

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: **CATETER NASAL**

TRAUMÁTICA:

VT:

F.R.:

SONDA:

Nº

VM:

P.R.T.:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL: **REG**

REFLEXOS: **+**

CONSCIÊNCIA: **ACORDADO**

BALANÇO

1) SORO FISIOLÓGICO 500ML - 03FR

OBSERVAÇÕES

1) ATO SEM INTERCORRÊNCIAS

13 AGO. 2019

LIANCE =

ORA DE SEGURANÇA

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
TIROL - NATAL/RN
FONE: (84) 3133-4200
FAX: (84) 3102-1228
E-MAIL: hmemorial@veloxmail.com.br
Em. **18/06/2019**
3379

DURAÇÃO: 00:50

INÍCIO: 20:10

FINAL: 21:00



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

Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: **136054 -2**

Leito Nº: **ENFERMARIA 312A**

Médico: **CRM - 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCI**

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mudança de Procedimento | <input checked="" 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

136054 -2 - ROGERIO FRANCISCO DA SILVA

PROCEDIMENTO ANTERIOR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

MÉDICO SOLICITANTE

CRM

CPF

HELIO RUBENS POLIDO GARCI

5500

195.619.178-07

JUSTIFICATIVA

FRATURA DO ANTEBRAÇO E HÁ 2 MESES, JÁ CONSOLIDADA. REALIZADOS:

040802042-3 - TTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ANTEBRAÇO COM SÍNTESE

0408060174 OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE

0408040157 ENXERTO ÓSSEO

2 PLACAS DCP

12 PARAFUSOS

13 ABO. 2019

HOSPITAL MEMORIAL

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

Tipo: 59.072020 Natal / RN

Conferir com original

5500 Em.

17/06/2019 18:00:34

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: **136054** IH: **2** Paciente: **ROGERIO FRANCISCO DA SILVA**
Nascimento: **31/07/1991** **28 anos** Internação: **17/06/2019 11:18:22** Leito: **LEITO RESERVA 08**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

17/06/2019 15:36:02 COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FRATURA DE ANTEBRAÇO EM MSE, NEGA AM+ DM + HAS ACOMPANHADO DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNÇIONADO(A) COM CATETER VENOSO EM MSD Nº20 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: NÃO

Há reserva sanguínea: NÃO

Prótese: NÃO

Jóias: NÃO

Membro e lado da cirurgia: MSE

Exame Laboratorial: SIM

Risco Cirúrgico: NÃO

Raio X. PRÉ: SIM-QTD: 1

Assinatura Responsável

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo):

Outros Exames:

COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

SRPA

Nível consciência: CONSCIENTE

Oxigenoterapia: O² AMBIENTE

Acesso venoso: SIM

Diurese: SIM

Acianótico: NÃO

Pálido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremor: NÃO

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle: SIM-QTD: 1

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI DE FRATURA DE ANTEBRAÇO, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP, VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, COM RX DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.
VERIFICADO SSVV: PA=114X69 MMHG, FC=89 BPM, T= °C, SPO2=96 %

Assinatura Responsável

13 AGO. 2019

LIANCE

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
TIROL 59.022-020 NATAL / RN
Compare com original
Em. ____/____/____



Assinado eletronicamente por: GIANFILOPE DANTAS CECCHI - 03/09/2019 12:13:00

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090312125927400000046841329>

Número do documento: 19090312125927400000046841329

Num. 48447263 - Pág. 18

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 13/09/2019

Dados do Paciente

Registro: **136054** IH: **2** Paciente: **ROGERIO FRANCISCO DA SILVA**
Nascimento: **31/07/1991** **28 anos** Internação: **17/06/2019 11:18:22** Leito: **LEITO RESERVA 08**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: **BLOQUEIO DE PLEXO + SEDACAO**

Anestesiologista: **DR: MATEUS**

Tipo: **FRATURA DE ANTEBRAÇO**

Cirurgião: **DR: HELIO**

Instrumentador: **ANTONIA E BERENISE**

Circulante: **ANDRE E LECIA**

Tipo curativo: **GASES E CREPOM**

Tem material para biópsia/cultura: **NAO**

Inf.sanguínea: **NÃO**

Monitoração correta: **SIM**

Placa de bisturi: **SIM**

Antibiótico profilático?: **2GR DE CEFAZOLINA**

Medicação administradas:

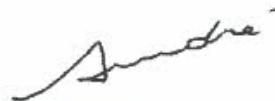
Intercorrências / Observações:

PACIENTE ADM: EM SALA PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO O MESMO NEGAM+DM+HAS PUNC: EM MSD COM JELCO Nº20 SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.
PACIENTE ENCAMINHADO AO CRO DE POI DE ANTEBRAÇO SEM INTERCORRENCIA EM 02 AMBIENTE SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

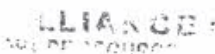
Pontencial de Contaminação: **Limpa**



ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA
Técnico(a) COREN - 381845



13 AGO. 2019



HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Compare com original
Em:



EVOLUÇÃO MÉDICA -

Dados do Paciente

Paciente: **ROGERIO FRANCISCO DA SILVA**
Nascimento: **31/07/1991 28 anos**

Registro: **136054** Num.Internação: **2**
Data Internação: **17/06/2019 11:18:22**

Admissão: **17/06/2019 18:00:03**

Lesão do antebraço E Há 2 meses, já consolidada.

Tratamento: **Tratamento cirúrgico**

Outros: **Não há intercorrências**

13 AGO. 2019

ALIANÇA
CORPORATIVA DE SEGUROS



HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Compare com original
Em. 17/06/2019





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **ROGERIO FRANCISCO DA SILVA** Idade: **27 anos**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **136054** Prontuário:
Unidade: **CENTRO CIRURGICO**
Leito: **LEITO RESERVA 08** 312A
Admissão: **17/06/19 11:18** 0 dia(s) de internação
Diag.: **M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais**

17/06/2019 18:01	Horários de Aplicação	5500
1) DIETA LIVRE, Ao dia		
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	08:00 12:00	
3) CEFALOTINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	08:00 16:00	
4) DIFERONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	06:00 12:00 18:00	
5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	08:00 12:00	
6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.	12:00	
7) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	08:00 14:00	
8) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	12:00	
9) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia		

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

13 AGO 2019

ALIANÇA
GRUPO DE PESQUISA

xeon - 17/06/2019 21:29 (U487/ASSIST.6.0) / (DWO:69)

HOSPITAL MEMORIAL
AV. Juvenal Lamartine, 979
Fone: 59.022-020 Natal / RN

Conferir com original
Em. _____





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **ROGERIO FRANCISCO DA SILVA** Idade: **27 anos**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **136054** Prontuário:
Unidade: **CENTRO CIRURGICO** **Peso: 107,0 kg Altura: 1,7**
Leito: **LEITO RESERVA 08**
Admissão: **17/06/19 11:18** **1 dia(s) de internação**
Diag.: **M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais**

18/06/2019 07:01

5500

- 1) DIETA LIVRE, Ao dia
- 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL
Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.
- 3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
DILUIR EM 10 ML DE ABD.
- 4) DÍPIRONA 500mg/mL ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.
DILUIR EM 8 ML DE ABD
- 5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
- 6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.
- 7) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.
- 8) RANITIDINA 150mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.
- 9) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia
- 10) ALTA HOSPITALAR, 02 em 02 horas

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

13 A63. 2019

ALIANÇA
GRUPO DE SEGURANÇA

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Fone 59.022-020 Natal / RN
Compare com original
Em. ____/____/____

Pixeon - 17/06/2019 18:01 (U130/ASSIST.6.0) / (DWO:69)

Página: 1 / 1



REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO

Dados do Paciente

Paciente: **ROGERIO FRANCISCO DA SILVA**

Registro: **136054** Nº Internação: **2**

Nascimento: **31/07/1991 28 anos**

Data Internação: **17/06/2019 11:18:22**

Companhante:

Parentesco:

PROCEDÊNCIA

PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR PROVENIENTE DO C.C NO POI DE OSTEOTOMIA E ENXERTO ÓSSEO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, NOS CUIDADOS DO DR.HELIO.

ESTADO GERAL

☒ - Consciente
☐ - Inconsciente

☒ - Responsivo
☐ - Sonolento

☒ - Corado
☐ - Hipocorado

☐ - Cianótico
☒ - Acianótico

Respiração

Observações:

☒ - O2 Ambiente

Máscara de Venture

Higiene

Observações:

☒ - Com Auxílio

☒ - Sem Auxílio

Deambulação

Com Auxílio

Observações:

☒ - Sem Auxílio

Restrito ao leito

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial: **130X90 MMHG**

Temperatura: **36,5°C**

Pulso: **86**

Respiração: **18**

ANAMNESE

Doenças Clínicas
DESCONHECE.

Uso de Medicamentos

NÃO USA MEDICAÇÃO ALGUMA.

Alergias Medicamentosas
DESCONHECE

Integridade da Pele
INTEGRA

ACESSO VENOSO

Tipo: AVP

Local: MSD

Hiperemia

Dor

Edema Temperatura:

Tempo: 17/06

DIETA

Tipo: ☒ - Oral

Sonda Nasogástrica

Sonda Nadoenteral

☒ - Aceita

Aceita Parcial

Não Aceita

Observações:

DIURESE

Sonda:

Espontâneo: SIM

Observações Gerais:

Documentação e Exames:

PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR PROCEDENTE DO C.C NO POI DE OSTEOTOMIA E ENXERTO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, SEGUE COM ISE NA TIPOIA, CONSCIENTE, RIENTADO, FOI MEDICADO DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MEDICA.

01 PELICULA DE RX, E 01 IMAGEM PÓS OPERATORIO + PRONTUARIO.

HOSPITAL MEMORIAL

AV. Juvenal Lamartine, 979

Tirol 59.022-020 Natal / RN

Compare com original

Em: 17/06/2019

17/06/2019 22:01:45
COREN - 431727

EDMILSON BASILIO DO NASCIMENTO





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

EVOLUÇÃO NUTRICIONISTA - ADMISSÃO

Dados do Paciente

Paciente: **ROGERIO FRANCISCO DA SILVA**

Registro: **136054** Num.Internação: **2**

Nascimento: **31/07/1991** 28 anos Data Internação: **17/06/2019 11:18:22** Leito: **ENFERMARIA 312A**

INDICAÇÕES NUTRICIONAIS

PACIENTE ACEITANDO ALIMENTAÇÃO OFERECIDA. NEGA DIABETES E HIPERTENSÃO. FUNÇÕES ELIMINATÓRIAS NORMAIS. DIETA LIVRE.

Adriana de Queiroz Xavier
Nutricionista - CRN 5 - 2257
Especialista em Nutrição Clínica

18/06/2019 09:12:37
CRN - 2257

ADRIANA DE QUEIROZ XAVIER

13 A6J, 2019

ALIANÇA

HOSPITAL MEMORIAL
AV. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Conte com origem
Em. / /



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **ROGERIO FRANCISCO DA SILVA**

Registro: **136054** IH: **2**

Nascimento: **31/07/1991** **28 anos** Data Internação: **17/06/2019 11:18:22**

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Manhã**

Antecedentes: **NEGA**

Hipótese Diagnóstica: **POS-DE OSTEOTOMIA DE ANTE-BRACO.**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais:

Oxigenioterapia

Temperatura: **°C**

Saturação O2:

Respiração:

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial:

x

Frequência Cardíaca:

Acesso Venoso

Dieta

Central

VO

MSE

ACEITA

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADM AS MEDICACOES DO HORARIO.

13.403

13.463.2019

ALLIANCE

UNIDADE DE SEGURANÇA

Intercorrência:

PACIENTE EM POS-OPERATORIO DE OSTEOTOMIA DO ANTE-BRACO, AFERIDO OS SSVV, O MESMO RECUSA-SE SE HIGIENIZADO, SEGUE NO LEITO DE ALTA AGUARDANDO TRANSPORTE, E AOS CUIDADOS DA EQUIPE, SAIU ACOMPANHADO DO MAQUEIRO.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Conferir com original
Em. *[assinatura]*

Patricia Alves

COREN: 871661 - PATRICIA ALVES DA SILVA
18/06/2019 09:56:47

Página 1



São José de Mipibu/RN 19 de Julho 2019

Relatório Fisioterapêutico

Declaro que o Srº Rogério F. da Silva, admitido na data 15/07/2019 para atendimento fisioterapêutico na clínica equilíbrio Centro de Saúde e Bem Estar para dez sessões de fisioterapia com diagnóstico médico de fratura de antebraço E apresentando queixa algica na região.

Ao exame físico apresentou: Diminuição da amplitude de movimento do punho para os movimentos de flexão e extensão, desvio ulnar, desvio radial, diminuição da amplitude de movimento do antebraço E, para os movimentos de pronação e supinação, associado a quadro algico intenso no antebraço E, diminuição de força, nos músculos flexores, extensores, adutores e abdutores de punho E e nos músculos pronadores e supinadores do antebraço E e do antebraço E.

Apresenta diagnóstico cinético funcional: limitação na realização de AVD'S que requer em atividades bimanuais secundárias e comprometimento articular (Punho E) e músculos associado ao quadro algico.

Os objetivos propostos foram: prevenir contraturas de tecidos moles e deformidades, aumentar/melhorar a amplitude de movimento em MSE, aumentar a força muscular em MSE, evitar aderência cicatricial e restabelecer a função.

Plano de tratamento: Eletroestimulação, alongamento ativo assistido de MSE, mobilização articular passivo do punho E, fortalecimento isométrico de MSE e crioterapia.



Fisioterapeuta responsável

Nelandro Celso P. Miranda
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 274377-F

19 de Julho de 2019

LIANECE
ORA DESEMPENHO

EQUILÍBRIO CENTRO DE SAÚDE E BEM ESTAR LTDA.

Rua João Tibúrcio, 59, Centro, São José de Mipibu/RN

Fone (84) 98820-3689 – CEP 59.162-000
CNPJ: 33.433.771/0001-21



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: 094.416.934-13 Nome completo da vítima: ROGERIO FRANCISCO DA SILVA

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

Nome completo: Rogério Francisco da Silva CPF: 094.416.934-13

Profissão: Assessor Endereço: _____ Número: _____ Complemento: _____

Bairro: Lagoa dos Caras Cidade: São José do Rio Preto Estado: RN CEP: 59462-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): 084 991533539

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

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: _____

AGÊNCIA: 4845 13 CONTA: 0000-28-28 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 nas documentações apresentadas, 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 signifi

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 filhos? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: NATAL 5 DE JUNHO 2019

Nome: ROGERIO FRANCISCO DA SILVA

CPF: 094.416.934-13

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rogério Francisco da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: FERNANDA MORAIS BORRosa

CPF: 707.849.664-78

Fernanda Moraes BorrOSA

Assinatura

2ª | Nome: ELEMILSON GOMES ALVES BORBOA

CPF: 089.900.914-03

Elemilson Gomes Alves BorboA

Assinatura

(*) 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.

FPS.001 V001/2018

13 JUN 2019

LIANCP =

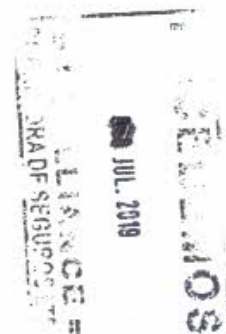
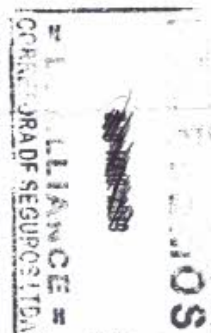




- 4845

- 013

- 0000 28 28 - 0



13 AGO 2019

ALIANÇA DE SEGUROS



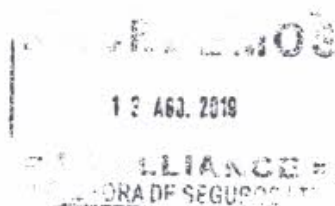
>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 4845 SAO JOSE DE MIPIBU OPER: 013 CONTA: 2.828-0
PERIODO: 01042019 ATE: 09052019 CPF: 094.416.934-13
NOME: ROGERIO FRANCISCO DA SILV VLR.BLOQ.JUD.: 0,00

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	TAXA	VALOR	SALDO
12/04/2019	000000	REM BASICA	0,00000000	0,00 C	32,85 C
12/04/2019	000000	CRED JUROS	0,00371500	0,03 C	32,88 C
18/04/2019	000000	REM BASICA	0,00000000	0,00 C	32,88 C
18/04/2019	000000	CRED JUROS	0,00371500	0,10 C	32,98 C

SALDO EM 08/05/2019 R\$ 32,98 C

F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG.
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAR





LJ Alliance Cor <ljalliance.adm@gmail.com>

Sinistro - 3190477923 - Rogério Francisco da Silva - CPF 094.416.934-13

2 mensagens

LJ Alliance Cor <ljalliance.adm@gmail.com>

26 de agosto de 2019 11:36

Para: Relacionamento Canais <relacionamento.canais2@seguradoralider.com.br>

Prezados, bom dia!

Por favor, informar o motivo do cancelamento deste processo:

Sinistro - 3190477923 - Rogério Francisco da Silva - CPF 094.416.934-13

--

Thallison Marcelo Maurício da Silva
Assistente Administrativo Comercial
84 3027.1028 | 3025.8905 | 9 9154.0121 | 9 9121.2428
Edifício Tirol Way Office | Sala 307
Av. Senador Salgado Filho, 1718 | Tirol | Natal/RN | 59022-000



Grupo Costa Gabriel

Relacionamento Canais <relacionamento.canais2@seguradoralider.com.br>

26 de agosto de 2019 13:12

Para: LJ Alliance Cor <ljalliance.adm@gmail.com>

Cc: Thatiana Branco <thatiana.branco@seguradoralider.com.br>

Olá, boa tarde!

Processo foi cancelado, pois não se evidencia presença de sequelas permanentes que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica. Concluindo-se por vítima em tratamento, conforme documentação acostada.

Atenciosamente,

Mario Cesar da Silva Amorim

Coordenação de Backoffice

mario.amorim@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4087

www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 - 16º andar

[il.google.com/mail/u/0?ik=1aac062306&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar3538266765460201426&simpl=msg-a%3Ar-5412...](https://mail.google.com/mail/u/0?ik=1aac062306&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar3538266765460201426&simpl=msg-a%3Ar-5412...) 1/2

Assinado eletronicamente por: GIANFILOPE DANTAS CECCHI - 03/09/2019 12:13:05

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090312130395700000046841333>

Número do documento: 19090312130395700000046841333

Num. 48447267 - Pág. 1

29/08/2019

Gmail - Sinistro - 3190477923 - Rogério Francisco da Silva - CPF 094.416.934-13

[Centro - Rio de Janeiro - RJ](#) CEP 20011-000

Leia nossa **News** e nosso **Blog**. Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

Facebook | Twitter | LinkedIn | Instagram | Youtube

[Texto das mensagens anteriores oculto]

CONFIDENCIALIDADE

Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY

This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

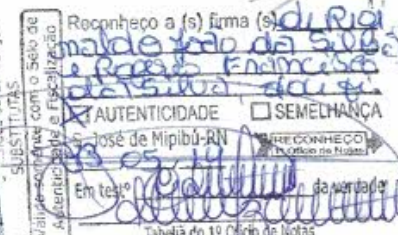
Eu, Reginaldo João da Silva
RG nº 1.628.108, data de expedição 12/07/95
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 067.273.514-81
com domicílio na cidade de Natal, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Amparo da Serra, nº 5033
complemento Núpolis, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ROGÉRIO FRANCISCO DA SILVA, cujo o condutor era
ROGÉRIO FRANCISCO DA SILVA
Veículo: Moto Modelo: HONDA/CG 125I FAN Ano: 2017
Placa: QGS 7583 Chassi: 9 C2 JC 6900 HR 309807
Data do Acidente: 13/4/2019

Local e Data: São José de Mipibú/RN - 13.05.19

Reginaldo João da Silva
Assinatura do Declarante

Rogério Francisco da Silva
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Autenticar AS 2



13 ABR. 2019

LIANCE =
ORA DE SEGUROS

LIANCE =
ORA DE SEGUROS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11308 // 00899 Nº 013972204638
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 01117416140 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
REGINALDO JOAO DA SILVA

CPF / CNPJ
067.273.514-81

PLACA
QGS7583

PLACA ANT / UF
QGS7583/RN

CHASSI
9C2JC690UMR309807

ESPECIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 125I PAN ANO FAB. 2017 ANO MOD. 2017

CAP / POT / CIL 0CV/124 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA R\$ 0.00 VENC. COTA UNICA 04/07/2018 1º PAGO
FAIXA LEVA. 003895 3X PARCELAMENTO / COTAS R\$ 28.04 2º PAGO
3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *** TAXAS DETRAN: PAGO *** PRÊMIO TOTAL (R\$) DPVAT: PAGO DATA DE PAGAMENTO

ALIM. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65
BANCO HONDA S/A
MOTOR: JC69E0H3 09813

SAC JOSÉ DE NEBES DU/RE
Sidentius Sidentius da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN
DATA 04/07/2018

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

RN Nº 013972204638 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 2018 DATA EMISSÃO 04/07/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 067.273.514-81 PLACA QGS7583

RENAVAM 01117416140 MARCA / MODELO HONDA / CG 125I PAN

ANO FAB. 2017 CAT. TAR. 9 Nº CHASSI 9C2JC690UMR309807

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA (R\$)
PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 06.240.606/0001-04

AUTENTICAÇÃO

Apresente cópia e a reprodução
fiel do original que me foi apresentado
para conferência

S. José de M. 10 de 20

Em test. da verdade

Tabela do 1º Ofício de Notas

RECEBIMOS

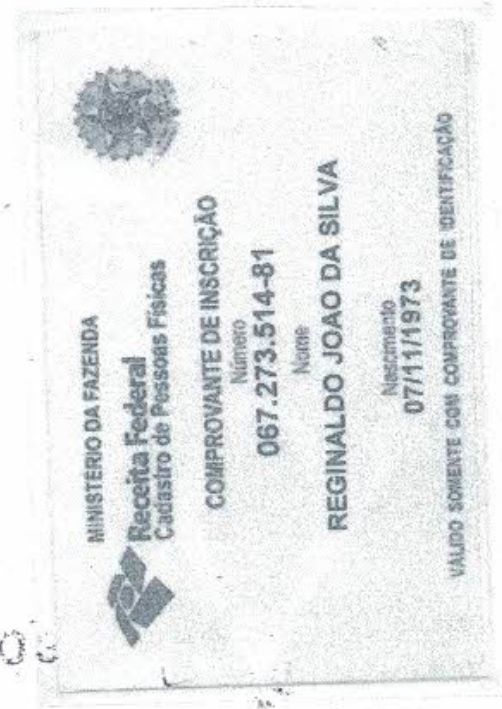
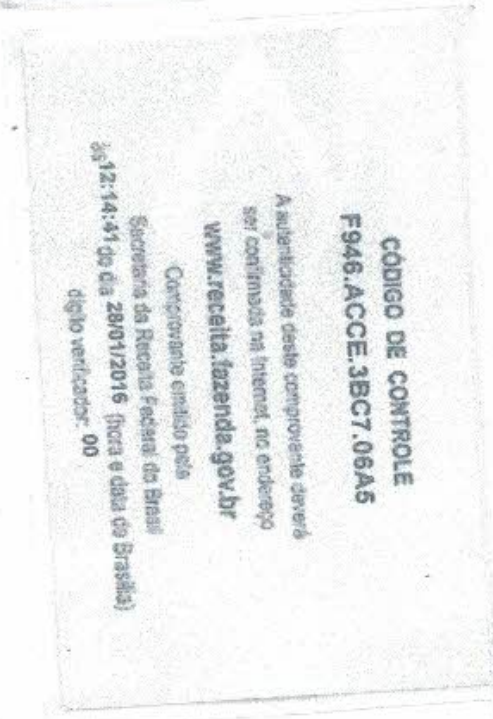
LIANCE =
RA DE SEGUROS

13.463.2018

LIANCE =
RA DE SEGUROS

RECEBIMOS

LIANCE =
RA DE SEGUROS



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

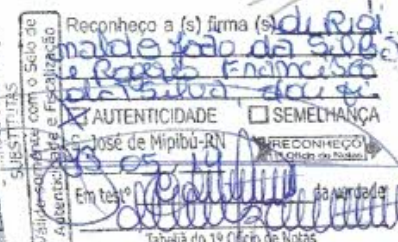
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Reginaldo João da Silva
RG nº 1.628.108, data de expedição 12/07/95
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 067.273.514-81
com domicílio na cidade de Natal, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Amparo da Serra, nº 5033
complemento Mirapolis, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ROGÉRIO FRANCISCO DA SILVA, cujo o condutor era
ROGÉRIO FRANCISCO DA SILVA
Veículo: Moto Modelo: HONDA/CG 125I FAN Ano: 2017
Placa: QGS 7583 Chassi: 9 C2 JC 6900 HR 309807
Data do Acidente: 13/4/2019

Local e Data: São José do Bonfim/RN - 13.05.19

Reginaldo João da Silva
Assinatura do Declarante

Rogério Francisco da Silva
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



13 ABR. 2019

LIANCE =
ORA DE SEGUROS LTD.

LIANCE =
ORA DE SEGUROS LTD.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11308 // 00899 Nº 013972204638
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01117416140 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
REGINALDO JOAO DA SILVA

CPF / CNPJ 067.273.514-81 PLACA QGS7583

PLACA ANT / UF QGS7583/RN CHASSI 9C2JC6900R309807

ESPECIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 125I FAN ANO FAB. 2017 ANO MOD. 2017

CAP / POT / QIL OCV/124 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR CUR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA R\$ 0.00 VENC. COTA UNICA 04/07/2018 1º PAGO
FADIA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO
OG3895 3X R\$ 28.04 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

ALIM. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65
BANCO HONDA S/A
MOTOR: JC69E0H309813

SÃO JOSÉ DE MIMBÓ
Siderley Bezerra da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

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

RN Nº 013972204638 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 2018 DATA EMISSÃO 04/07/2018

VIA 1 COD. RENAVAM 01117416140 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018 PLACA QGS7583

RENAVAM 01117416140 MARCA / MODELO HONDA / CG 125I FAN

ANO FAB. 2017 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2JC6900R309807

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURODORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.809/0001-04

AUTENTICAÇÃO

Apresente cópia e a reprodução
fiel do original que me foi apresentado
para conferência

S. José de Mimbó - RN, de 20

Em test. da verdade

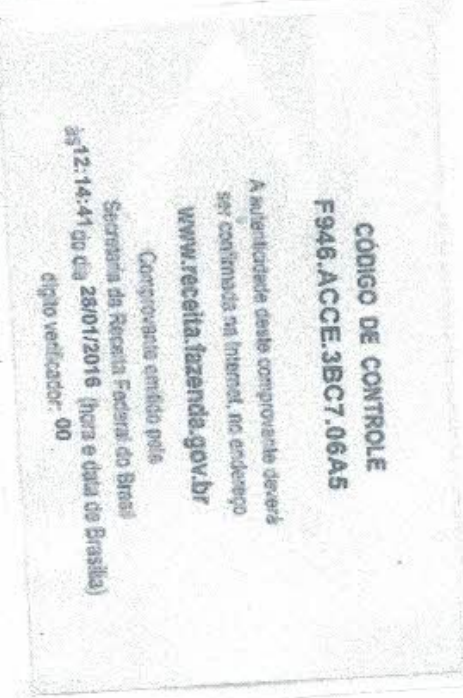
Tabella do 1º Ofício de Notas

EXEMOS

LIANCE =
RA DE SEGUROS

EXEMOS

LIANCE =
RA DE SEGUROS





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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Memoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 06.324.180/0001-81 | Insc. Est. 20.555.152-9 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARCEL H. OLIVEIRA

CPF 026.030.114-08

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DE CONTADOR	DATA	PERÍODO
011835583	27/03/2019	27/03/2019
2703/2019	30/03/2019	01/04/2019

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA AMPARO DA SERRA 5045 L.J
PARANÁ

CEP 55094-050

0103658012

03/2019

04/04/2019

25/04/2019

214,07

Consumo Ativo (kWh)
Contab. Rem. Pública 15 Juros
Doação LEV - UNB 1155 5089

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

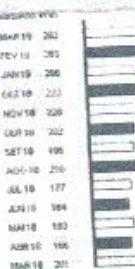
QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
214,07 kWh	R\$ 0,178758	196,67
		21,05
		7,30

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
011835583	RESIDENCIAL	27/03/2019	157	27/03/2019	158	30	1,00	0,00	214,07

PERÍODO DE CONSUMO



PERCENTUALS DE COMPOSIÇÃO

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	10,00	21,05
PIS	0,36	7,30
COFINS	5,31	11,30

COMPOSIÇÃO DA NOTA FISCAL

Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem
Consumo de Energia	196,67	91,7%
Transmissão	21,05	9,8%
Distribuição de Consumo	21,05	9,8%
Perda de Energia	21,05	9,8%
Encargos Setoriais	21,05	9,8%
Tributação	21,05	9,8%
Totais	214,07	100%

A343 44U1 0J9 ASD1 A836 A1F4 FBF 5 5504

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Segundo o prazo de validade da Nota Fiscal, o consumidor deve apresentar a mesma para a fiscalização em até 30 dias após a emissão. Caso contrário, a mesma será considerada inválida e não poderá ser utilizada para fins de comprovação de pagamento de impostos. O consumidor deve apresentar a mesma para a fiscalização em até 30 dias após a emissão. Caso contrário, a mesma será considerada inválida e não poderá ser utilizada para fins de comprovação de pagamento de impostos.

Atenção: O consumidor deve apresentar a mesma para a fiscalização em até 30 dias após a emissão. Caso contrário, a mesma será considerada inválida e não poderá ser utilizada para fins de comprovação de pagamento de impostos.

CONSUMO	VALOR ANUAL	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE SEMESTRAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE V. (V)
RES	1,00	4,00	2,00	10,00	720	230
IND	1,00	3,11	1,55	7,75		
GRD						

LIANCE =
CORRORA DE SEGUROS LT

LIANCE =
CORRORA DE SEGUROS LT

13 A63, 2019

LIANCE =
CORRORA DE SEGUROS LT



Comunicação de Decisão

22/05/2019 08:50:17

NIT: 190.42755.24-8

Número do Benefício: 627.868.182-3

Espécie: 31

Número do Requerimento: 196254126

Ao Sr. (a): ROGERIO FRANCISCO DA SILVA

Endereço: NOVA 46, LARANJEIRA DOS COSMES

CEP: 59.162-000

Município: SAO JOSE DE MIPIBU

UF: RN

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, Artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 08/05/2019, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi concedido até 13/09/2019. Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (13/09/2019), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação. A partir de 13/09/2019 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social. O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS. A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: PARNAMIRIM RN

Endereço: RUA DOUTOR CARLOS MATHEUS, 1484, CENTRO

CEP: 59.140-250

Município: PARNAMIRIM

UF: RN

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, 17 de Maio de 2019

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>
com o código 19052294HJXY19

Scanned with CamScanner





