



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
<b>ROGERIO FRANCISCO DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>GIANFILIPE DANTAS CECCHI (ADVOGADO)</b>
<b>Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48447 248	03/09/2019 14:55	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
48447 253	03/09/2019 14:55	<a href="#">INICIAL DPVAT</a>	Outros documentos
48447 255	03/09/2019 14:55	<a href="#">DOC PESSOAIS</a>	Documento de Identificação
48447 256	03/09/2019 14:55	<a href="#">COMPROVANTE DE RESIDENCIA</a>	Outros documentos
48447 257	03/09/2019 14:55	<a href="#">procuração</a>	Procuração
48447 258	03/09/2019 14:55	<a href="#">BO</a>	Documento de Comprovação
48447 260	03/09/2019 14:55	<a href="#">CERTIDÃO DE NASCIMENTO</a>	Certidão de Nascimento
48447 263	03/09/2019 14:55	<a href="#">DOC MÉDICA - PROVA</a>	Documento de Comprovação
48447 265	03/09/2019 14:55	<a href="#">PEDIDO SEGURO DPVAT</a>	Outros documentos
48447 267	03/09/2019 14:55	<a href="#">INDEFERIMENTO DPVAT ADM.</a>	Outros documentos
48447 274	03/09/2019 14:55	<a href="#">DOC VEÍCULO</a>	Documento de Comprovação
48447 278	03/09/2019 14:55	<a href="#">DECLARAÇÃO PROPRIETÁRIO DO VEICULO</a>	Documento de Comprovação
48448 032	03/09/2019 14:55	<a href="#">benefício INSS</a>	Outros documentos
48448 034	03/09/2019 14:55	<a href="#">FOTO - PROVA</a>	Fotografia
48448 040	03/09/2019 14:55	<a href="#">FOTO - PROVA 2</a>	Fotografia

anexo



Assinado eletronicamente por: GIANFILIPE DANTAS CECCHI - 03/09/2019 12:12:44  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090312165985400000046841315>  
Número do documento: 19090312165985400000046841315

Num. 48447248 - Pág. 1

---

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 inclusivo, vem à presença de Vossa Excelência propor a presente

**AÇÃO 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. 5º 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 § 1º, “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. 7º *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 incontrovertido 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 da Perda
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
<b>Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior</b>	
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	100
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 das Perdas
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	
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	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo Polegar	25



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)	Percentuais
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	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**

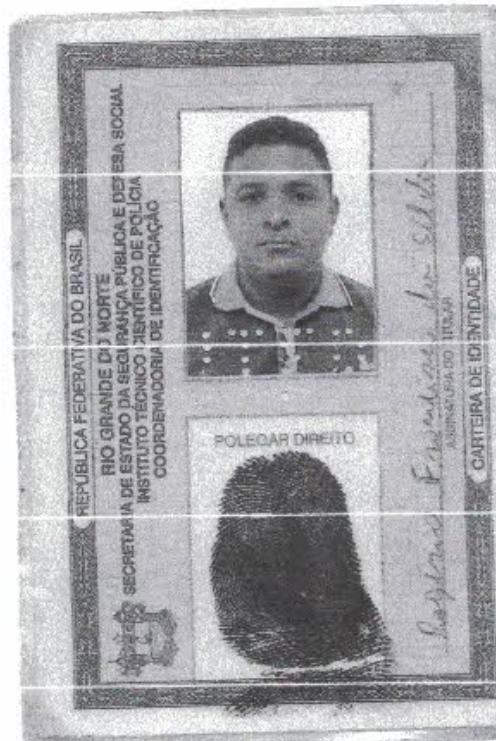
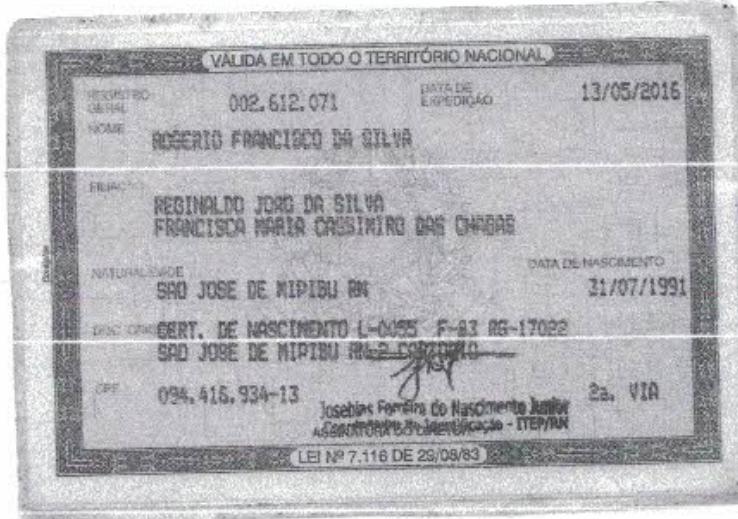
**OAB/RN 12.442**

Tel.: 84 9 9639.7777 - 9 9988.0011  
 ☎ gianfilipe@hotmail.com  
 ☎ @dantasnogueira.adv  
 ☎ alexandrenogueiraadv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: GIANFILIPE DANTAS CECCHI - 03/09/2019 12:12:47  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090312124634000000046841319>  
 Número do documento: 19090312124634000000046841319

Num. 48447253 - Pág. 5



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 Correios

Nome do Responsável Maria Simplicio Andrade Costa

Declaramos que Rogerio Francisco da Silva, CPF 002.612.071,  
Nº 094.416.934 - 13, Portador da Cédula de Identidade Nº 002.612.071,  
é residente e domiciliado na Rua nova - Laranjeiras dos  
correios, Nº 46, Bairro sob,  
pjto 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:





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Mermoz, 199, Bairro: Nele - RN. CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Inscrição Estadual: 20055100-4 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA MARIA CASSIMIRO DAS CHAGAS

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NOVA, 46.

CHF. 971 031 814-87 NIS. 16027821621

LARANJEIRA DOS COSME/AREA RURAL  
SAO JOSE DE MIPIBU RN  
59162-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAKARENDA COM NIS

DATA INSCRIÇÃO: 0853999067 DATA VENCIMENTO: 04/2019

DATA PAGAMENTO: 03/05/2019 DATA REFERENCIA: 27/05/2019

25/04/2019	3000790466	1442318	126,25
------------	------------	---------	--------

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30.000.0000	0,21988075	6,59
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70.000.0000	0,37857157	26,06
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	60.000.0000	0,58485736	45,18
Centro Ilum. Pública Municipal			8,88
Restituição de Unidade Consumidora			7,83
ICMS-Parcela Sistremcomeda			7,00
Multa por atraso- NF 018842275 - 28/01/18			2,88
Multa por atraso-NF 014407344 - 28/10/18			2,80
Multa por atraso-NF 020324116 - 25/03/18			2,23
Juros por atraso-NF 014407344 - 28/10/18			6,92
Juros por atraso-NF 018842275 - 28/01/18			2,65
Juros por atraso-NF 020324116 - 25/02/19			1,00
Atualização IGPM-NF 014407344 - 28/10/18			2,28
Atualização IGPM-NF 018842275 - 28/01/18			2,95
Atualização IGPM-NF 020324116 - 25/02/19			1,41

TOTAL DA FATURA 126,25

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
50436019	CAT	27/04/2019	18.163,00	25/04/2019	18.269,00	29	1.032,00		100,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Máximo kWh

ABR19	199
MAR19	207
FEV19	235
JAN19	278
DEZ18	245
NOV18	271
OUT18	258
SEI18	246
AGO18	264
JUL18	208
JUN18	219
MAR18	248
ABR18	233

INFORMAÇÕES DE INTERESSE

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

COMPONENTES DO CONSUMO

Geração de Energia

R\$ 30,16

36,97%

Transmissão

R\$ 3,12

3,28%

Distribuição (Cooperativa)

R\$ 19,03

35,10%

Perdas de Trans.

R\$ 5,26

6,73%

Energias Sustent.

R\$ 1,00

2,69%

Impostos

R\$ 20,30

26,02%

Total

R\$ 76,13

100%

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

016448553

027661294

021778891

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo de 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo At

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, divórciado, 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 judicia 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.

  
ROGÉRIO FRANCISCO DA SILVA

OUTORGANTE



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

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

Fone para contato: 084- 991533539

**SUSPEITO:**

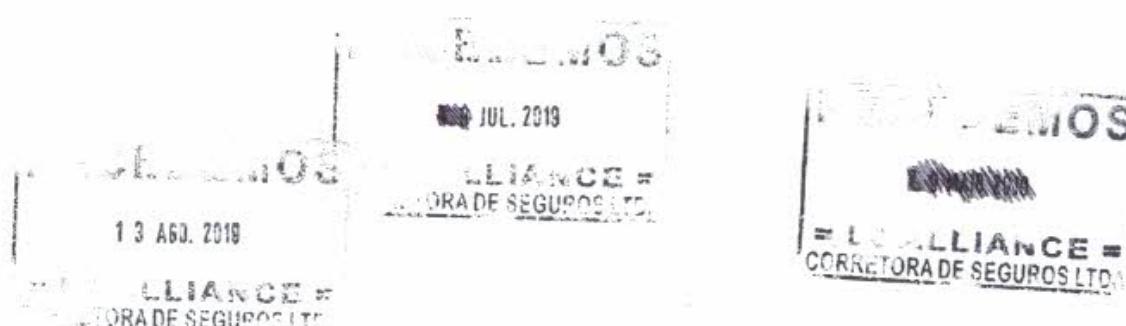
ENDERECO:

**HISTÓRICO:** O comunicante informou não possuir CNH; Que o comunicante estava pilotando o veículo Honda/CG 125I FAN de placa QGS7583 com RENAVAM 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

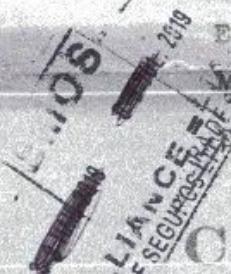
República Federativa do Brasil

Joselita Rodrigues Nunes Godeiro  
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL

2º Cartório Judiciário  
CC: 08.489.232/0001-50  
Sí, José de Mipibu - RN



Dia 09 de Abril de 2019  
Município de Rio do Ouro do Norte  
Distrito de Rio do Ouro do Norte



## CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, do livro N.º 5 , dos assentos de nascimento, deste distrito, às fls. 083 , sob n.º 14022 , consta o registro de Rogério Franciso da Silva , do sexo masculino , de cor moreno , nascido

aos 31 de julho de 1999 , às 6:00 horas, em Maternidade Ferreira Freire na cidade de Rio do Ouro do Norte , filho de Francisco Maria Ferreira dos Chagas

São seus avós paternos José Joaquim da Silva e Brígida Maria da Silva e maternos Maria da Conceição Ferreira dos Chagas

OBSERVAÇÕES: Foi declarante o pai do registrado. O presente répito foi feito no dia 09/04/99  
Assinaram os testemunhos: Moacy Lopes de Araujo e Maria de Souza Ferreira

O referido é verdade e dou fé.

13 AGO. 2019

São José de Mipibu 09 de abril de 19

ALLIANCE	CORREIO DE SEGURANÇA LTD
E-mail: fda_204	
Conferida por:	

2º Cartório Judiciário  
Joselita Rodrigues Nunes Godeiro  
FPP: 17.111.344-03  
Tabelião Eletrônico e Cuiado Registral Civil  
São José de Mipibu - RN

OFICIAL DO REGISTRO CIVIL





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

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

licitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL CNES: 2653923  
executante: O solicitante ou: CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: 123064 ROGERIO FRANCISCO DA SILVA Prontuário:  
INS: 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.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX É EXAME FÍSICO



Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S52.7 FRATURAS MÚLTIPHAS DO ANTEBRAÇO\*408020423, TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS

Profissional Solicitante / Assitente:

KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS

Data da Solicitação 13/04/2019

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

- Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
 Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_  
 Acidente de Trabalho Trajetos

Inclusão com previdência:  Empregado  Empregador  Autônomo  Desempregado  Aposentado  Não Segurado

**AUTORIZAÇÃO**

Nº Autorização da ATI:

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

Documento:  CNS  CPF nº \_\_\_\_\_

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

12 ABR. 2019

ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGURO

ALLIANCE =

ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGURO





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  
[Signature]  
Erinaldo de Santana  
Autorizador - Mat.: 6892

13 AGO. 2019

ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGUROS LTD

ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGUROS LTD

ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGUROS LTD



# 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

Dr. Izabel C. Faria de Oliveira  
MÉDICA  
CRM 3213-RN

Paciente: *R. M. F. da Silva*

Endereço: *Av. Dr. Soárez*

Prescrição: *O. Monal 500 mg - 0767  
1x07 d1 abrig. d'apdr  
(ex. d'apdr)*

*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. 50x2 com 50 Receituário Controle Especial - 10/01/2013

12/09/2019

ALLIANCE  
CORRETORA DE SEGUROS



Assinado eletronicamente por: GIANFILIPE 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. 3



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

Nome:

Rogerio Francisco do Nascimento

### 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:

5527

SÃO JOSÉ DE MIPIBU,

15/04/19

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

12 AGO. 2019

ALLIANCE  
CORRORA DE SEGUROS LTDA

JUL. 2019

ALLIANCE  
CORRORA DE SEGUROS LTDA

ALLIANCE  
CORRORA DE SEGUROS LTDA

**SUS**Sistema  
Único  
de Saúde**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*Dr. Izaias C. Faria de Oliveira*  
Médico  
REQUISITANTE13 AGO. 2019  
ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGUROS SITEJUL. 2019  
ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGUROS SITEALLIANCE =  
CORRADA DE SEGUROS SITE



Cirurgia da Mão de Natal

**CIMAN**

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

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

12 AGO. 2019

ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGUROS

ALLIANCE =  
CORRADA 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

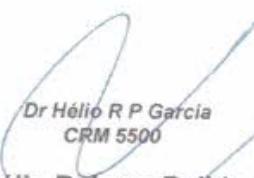
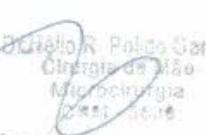
Diagnóstico: Pop fratura do antebraço E

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

13 AGO. 2019

ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGUROS LTDA

13 AGO. 2019

ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGUROS LTDA

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



Assinado eletronicamente por: GIANFILIPE 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. 7

E

L... - 405

2319

**CONFIDENCE =  
TRADE SECURITY**

Page 31/37/1994

1-2 A63 2019

Scanned with CamScanner

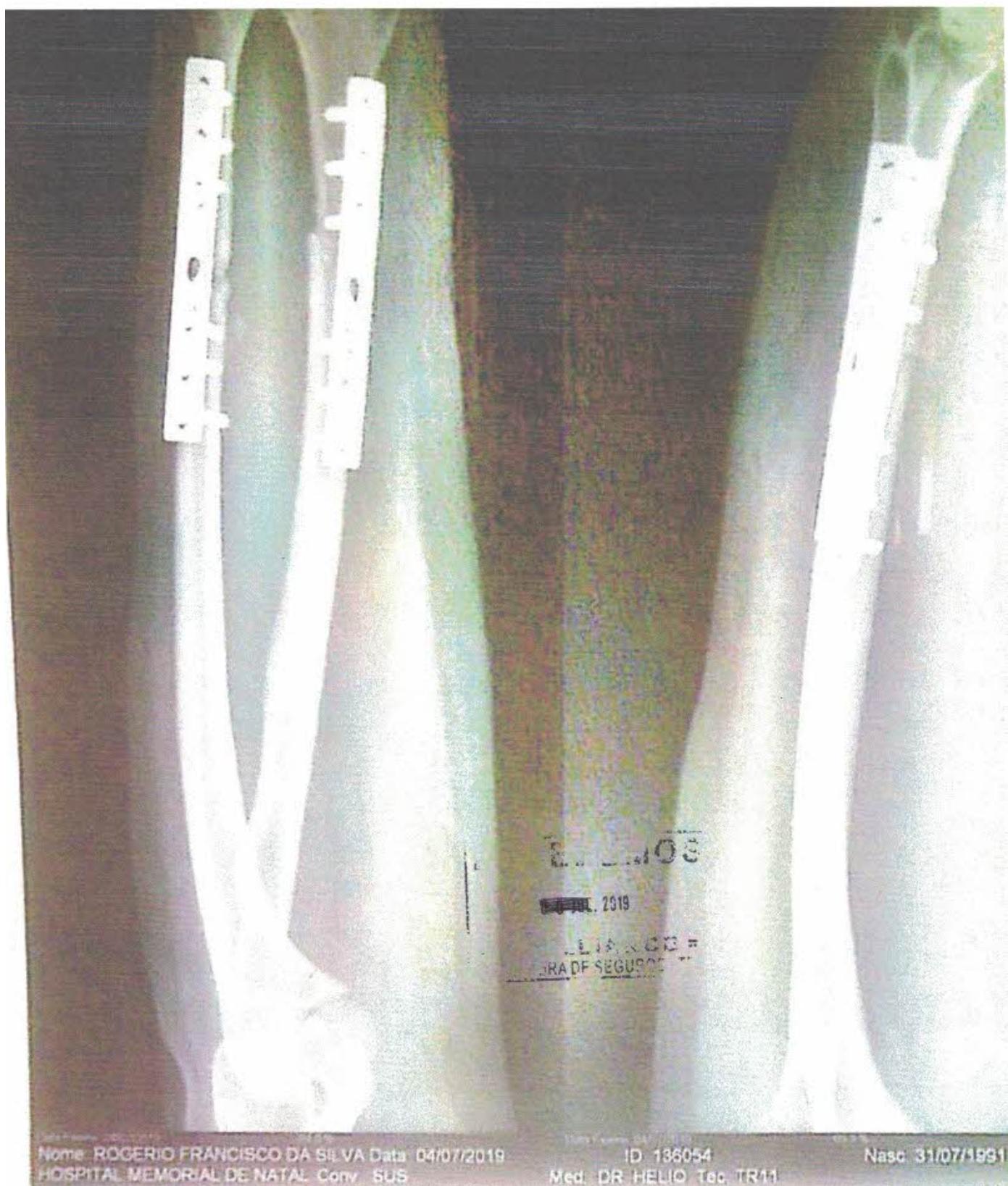


Assinado eletronicamente por: GIANFILIPE DANTAS CECCHI - 03/09/2019 12:13:00

<https://pjje9.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090312125927400000046841329>

Número do documento: 19090312125927400000046841329

Num. 48447263 - Pág. 8



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

ID: 136054  
Med: DR HELIO Tec TR11

Nasc: 31/07/1991

13 AGO. 2019

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: GIANFILIPE 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. 9

**FICHA DE INTERNAMENTO**

6  
Data: 17/06/2019 11:19

Paciente: ROGERIO FRANCISCO DA SILVA

Registro: 136054

Nº RG: 002612071 CPF: 094.416.934-13 Nascimento: 31/07/1951 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**

Nºm. Internamento: 2

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

Convenio: 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:

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

Assinatura: [ ] Paciente [ ] Responsável

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tiro 59.022-020 Natal / RN  
Conforme com original  
Em 06/06/2019  
Beatriz

**Observações**

01. UMA PELICULA DE RX LAUDO DO SUS MEDICO CIENTE



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 N.: 46 Bairro: LARANJEIRAS 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 POLIDO GARCIA CRM: 5830 LEITO RESERVA 08

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: \_\_\_\_\_

12/06/2019

Ap. Locomotor e Neuroológico: \_\_\_\_\_

Ap. Urinário e Ginecológico: \_\_\_\_\_

Impressão geral: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

HOSP AL MEMORIAL

Av. Juvenal Lamartine, 979

Tirol 59.022-020 Natal / RN

Conforme com origina

Em: 1

# Hospital Memorial de Natal

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

Data: 17/06/2019 11:19

## Dados do Paciente

Paciente: ROGERIO FRANCISCO DA SILVA

Registro: 136054

Nº m. RG: 002612071 CPF: 094.416.924-13 Nascimento: 31/07/1991 28 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: NOVA

N.º: 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

Nº m. 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 POLIDO GARCIA

CRM: 5600

**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 RUPENS POLIDO GARCIA, explico-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- 3 - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

Assinatura: [  ] Paciente [  ] Responsável

*Rogerio Francisco da Silva*

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, respondendo 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

Conforme com original

Em: \_\_\_\_\_

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5600

Código Solicitação: 290436711

Número AIH: 241910046823-5

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE****Unidade Solicitante:**

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

**Unidade Executante:**

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº , Complemento, Bairro

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

**CNES:**

2653923

**CNES:**

2408252

**Município Executante**

NATAL

**Central Reguladora**

NATAL

**Data de Solicitação**

28.05.2019 - 13:41:05

**Operador**

01987736419MARILENE

**Data de Autorização**

28/05/2019 - 15:50:50

**Operador**

01016882459SOLANO

**Data de Reserva**

28.05.2019

**Data de Internação**

29.05.2019

**Operador**

33391521449FRANCISCA

**Data Prevista de Alta**

31.05.2019

**Data de Alta**

30/05/2019 - 14:04:25

**Operador**

33391521449FRANCISCA

**Motivo da Alta**

1.2 ALTA MELHORADO

**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

**País de Residência:**

BRASIL

**Telefone(s):**

---

**Nome Social/Apelido:**

---

**Naturalidade:**

SAO JOSE DE MIPIBU - RN

**Raça:**

SEM INFORMACAO

**Tipo Sanguíneo:**

---

**Logradouro:**

RUA NOVA

**Complemento:****Bairro:**

LARANJEIRA DOS COSME

**CEP:**

59162-000

**Município de Residência:**

SAO JOSE DE MIPIBU

**UF:**

RN

**DADOS DA SOLICITAÇÃO****CPF do Médico Solicitante:**

70342547453

**Nome do Médico Solicitante:**

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

**Status da Solicitação:**

APROVADA

**CPF do Médico Executante:**

19561917807

**Nome do Médico Executante:**

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

**Diagnóstico Inicial - CID:**

S527 - FRATURAS MÚLTIPLAS DO ANTEBRAÇO

**Classificação de Risco**

Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

**Caráter**

11 - Urgência

**Clinica Complementar:**

Nenhuma

**Clínica:**

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

**Código:****Procedimento Solicitado:**

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SÍNTese)

0408020423

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO****Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

PACIENTE SOFREU TRAUMA NO ANTEBRAÇO CAUSANDO FRATURA FEITO IMOBILIZAÇÃO/td&gt;

HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juvenal Lamartine, 979

Tiroz 59.022-020 Natal / RN

Conforme com original

Em: / /

**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  
CORPORATION OF BRAZIL LTD.  
CORPORATION OF BRAZIL LTD.

CRM:

**Data de Solicitação:**

28.05.2019 - 13:41:05



O TRÍBULO DO SUS

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

Nº 8943 / 2019 NIR

edoc 2904367 1

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

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 / 99165555

Município: SAO JOSE DE MIPIBU

Código Municipal IBGE: 241220

UF: RN CEP: 59162-000

Clinica 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 AGO. 2019

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX E EXAME FÍSICO

ALLIANCE  
ORA DE SEGUROS

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

552.7 FRATURAS MÚLTIPHAS DO ANTEBRAÇO\*408020423, TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS

Profissional Solicitante / Assitente:

KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS

Data da Solicitação 13/04/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

- ( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_  
( ) Acidente de Trabalho Trajetô CRM: 4781 / TEOT / 104 CPF: 70342544-53 CRM: 4421 / RN

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

AUTORIZAÇÃO

Nº Autorização da ATI:

HOSP AL MEMORIAL

Av. Juvenal Lamartine, 979

Tirol 59.022-020 Natal / RN

Conforme com originais

Em: \_\_\_\_\_

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Documento: ( ) CNS ( ) CPF Pº \_\_\_\_\_

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



## DESCRÍÇÃO 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 I -

Código do procedimento

0408020423

0408080174

0408040157

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

OSTEOTOMIA DA PELVE

Equipe cirúrgica:

CRM

Cirurgião: HELIOS RUBENS POLIDO GARCIA

5500

Anestesiologista: MATEUS REVOREDO GOMES

8080

Instrumentador: berenice

Instrumentador Empresa: antonia

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

2 placas dox

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 + divulsão romba
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

13.06.2019  
13 AGO. 2019

ALLIANCE  
CORPO DE SEGUROS

Dr. Helio R. Polido  
Cirurgia da Mão  
Microcirurgia  
Cora - 5810

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tiroi 59.022-020 Nata / RN  
Converte com original  
Em: \_\_\_\_\_

CRM: 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA  
17/06/2019 18:03:42

## BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

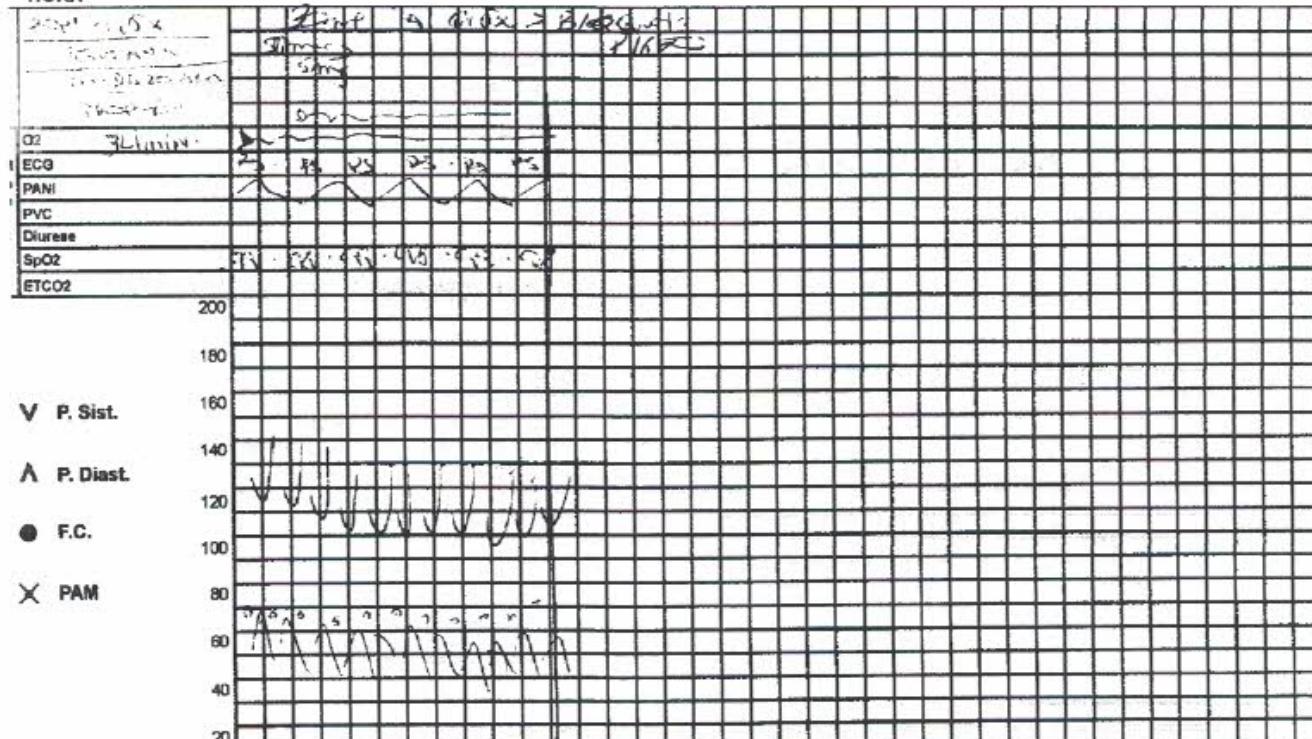
Paciente: ROGERIO FRANCISCO DA SILVA

ROGERIO FRANCISCO DA SILVA

IH: 2

Intervenção Realizada RATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DO ANTEBRAÇO + OSTEOTOMIA PELVE+OSTEOTOMIA ANTEBRAÇO		Date 18/06/2019
Intervenção	1º Auxiliar	2º Auxiliar

HORA



### Exames Laboratoriais

S		
SCo2		
ACO3		
CO		
ES2		
SpO2		
SHbO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glicose		
FENTANIL	500MG	01A
MIDAZOLAN	16MG	01A
NEOCAINA	0,6%	
DIMORF	0,2MG	
SUFENTANIL	10MCG	
ROCURONIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	02F
Efedrina	50MG	
ARAINN	10MG	
CEFAZOLINA	1G	02F
DIPIRONA	1G	02A
DRAMIN	3MG	01A
DEXAMETASONA	10MG	01A
RANITIDINA	50MG	( )
ONDESSETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,6%	
ISOBARICA	0,6%	
CETOPROFENO	100mg	
ROPIVACAÍNA	1%	01F
ABD	10ML	01A
TENOXICAM	40MG	01F
ANESTÉSICO	1000mg	01F

### TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO PERIFÉRICO

BLOQUEIO: PLEXO BRAQUAL

LOCAL DA PUNÇÃO: INTERESCALÉICO + AXILAR

NÍVEL ANESTESIA: \_

AGULHA: 450MM

TIPO: SIMPLES

LATÊNCIA: 10'

LIQUOR: :

BLOQUEIO MOTOR: 2

POSIÇÃO: Antes: DDH

Depois: DDD

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: CATETER NASAL

TRAUMÁTICA:

VT:

FR:

SONDA:

Nº

VM:

PI.T:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL: SEC

REFLEXOS: +

CONSCIÊNCIA: ACORDADO

### BALANÇO

1) SORO FISIOLÓGICO 500ML - 03FR

### OBSERVAÇÕES

1)ATO SEM INTERCORRÊNCIAS

HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juvenal Lamartine, 979

Tiroz 59.022-0120-Natal/RN

Conforme com o(a) Dr. Gomes

Em: 18/06/2019

LLIANCE  
CORRIDA DE SEGURANÇA

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 GARCIA

## 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, Orteze
- Uso de Fatores de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parenteral
- 

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 GARCIA	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 SÍNTSE  
0408060174 OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE  
0408040157 ENXERTO OSSEO

2 PLACAS DCP  
12 PARAFUSOS

13 AGO. 2019

ELIANO G.

HOSPITAL MEMORIAL

Rua General Lamartine, 979

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE



CRM	Tiro 59.072/2020 Nata / RN
5500	Conforme com original
Em.	17/06/2019 18:00:34

### AUTORIZAÇÃO

AUDITOR	CRM	DATA
---------	-----	------



PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

L-32A

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 ANTEBRAÇO EM MSE, NEGA AM+ DM + HAS ACOMPANHADO DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNCIONADO(A) COM CATETER VENOSO EM MSD N°20 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGURO 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

Oxigenoterapia: O<sub>2</sub> AMBIENTE

Nível consciência: CONSCIENTE

Pálido: NÃO Sudorese: NÃO

Acesso venoso: SIM

Diurese: SIM

Acianótico: 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, SEGURO 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

ELIANCE

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tiroz 59.022-020 Natal / RN  
Conferir com original  
Em: \_\_\_\_\_



**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

Data: 17/06/2019

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: **NAO**

Monitoração correta: **SIM**

Placa de bisturi: **SIM**

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

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

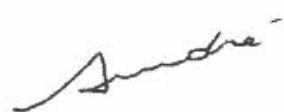
**PACIENTE ADM: EM SALA PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO O MESMO NEGA AM+DM+HAS PUNC; EM MSD COM JELCO N°20 SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.**

**PACIENTE ENCAMINHADO AO CRO DE POI DE ANTEBRAÇO SEM INTERCORRENCIA EM 02 AMBIENTE SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.**

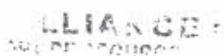
**FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**

**CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**

Potencial de Contaminação: **Limpa**

  
ANDRÉ LUIZ MIGUEL PEREIRA  
Técnico(a) COREN - 381845

  
13 AGO. 2019

  
LLIANCE  
NOTARÍA PÚBLICA

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tiro: 59.022-020 Natal / RN  
Conferir 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

Solução: 17/06/2019 18:00:03

atura do antebraço E Há 2 meses, já consolidada.

I: tto cirúrgico

II sem intercorrências

13 AGO. 2019

ELIAS GOMES  
MEDICO DE CONSULTA

  
HELIO RUBENS POLIDO GARCIA  
CRM - 5500

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tiro 59.022-020 Natal / RN  
Correio com originais:  
Em. \_\_\_\_\_



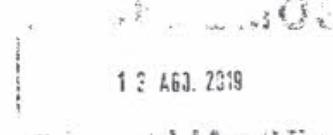
**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: ROGERIO FRANCISCO DA SILVA  
 Idade: 27 anos  
 Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 136054  
 Prontuário:  
 Unidade: CENTRO CIRURGICO  
 Peso: 107,0 kg Altura: 1,76  
 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 c

17/06/2019 18:01	Horários de Aplicação	5500
1) DIETA LIVRE, Ao dia		
2) SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	20/06/19 12:00	
3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	08/06/19 16:00	
4) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	06/06/19 12:00 18:00	
5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	20/06/19 12:00	
6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.	06/06/19 12:00	
7) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22/06/19 14:00	
8) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	06/06/19 12:00	
9) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia		



 Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA  
 CRM - 5500


 13 AGO. 2019

 CLÍNICA  
 GRAPES




### 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 FISIOLOGICO 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) DIPIRONA 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 AGO. 2019

ALLIANCE  
ORADEA ROMANIA

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirof 59.022-020 Nata / RN  
Conforme com origina  
Em. /



## REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO

### Dados do Paciente

paciente: ROGERIO FRANCISCO DA SILVA

Registro: 136054 Nº Internação: 2

ascimento: 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 ANTEBRACO ESQUERDO.  
LOS CUIDADOS DO DR HELIO.

### ESTADO GERAL

Consciente

Responsivo

Higiene

Observações:

Inconsciente

Sonolento

Com Auxilio

Corado

Cianótico

Sem Auxilio

Hipocorado

Acianótico

Respiração

Observações:

Deambulação

Observações:

O2 Ambiente

Com Auxilio

Máscara de Venture

Sem Auxilio

Restrito ao leito

### SINAIS VITAIS

Pressão Arterial: 130X90 MMHG

P脉: 86

Temperatura: 36,5°C

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

### DIURESE

Sonda:

Espontâneo: SIM

### Observações Gerais:

ACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR PROCEDENTE DO C.C NO POI DE  
STEOTOMIA E ENXERTO DO ANTEBRACO ESQUERDO. SEGUO COM  
ISE NA TIPOIA, CONSCIENTE, RIENTADO, FOI MEDICADO DE ACORDO  
COM PRESCRIÇÃO MEDICA.

### Documentação e Exames:

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

17/06/2019 22:51:46

13 AGO. 2019

ALLIANCA  
SOMA DE ESTUDOS CLÍNICOS

HOSPITAL MEMORIAL  
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979  
TIROL 59.022-020 Natai / RN  
Contrarre com original:  
Em: *Edmilson Basílio*  
17/06/2019 22:51:46  
COREN - 431727  
EDMILSON BASÍLIO DO NASCIMENTO



## 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.

*Aline*  
Adriana de Queiroz Xavier  
Nutricionista - CRN6 - 2257  
Cooperativa de Nutrição Tíbia  
*Adriana*

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

ADRIANA DE QUEIROZ XAVIER

13 AGO. 2019

ALLIANCE  
CORPORATION

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol 59.022-020 Natal / RN  
Comprovado com original  
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-BRAÇO.

Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Temperatura: 36,8 °C Saturação O2: 98 Respiração: 18

Pressão Arterial: 120/80 mmHg Frequência Cardíaca: 78

Acesso Venoso: Central Dieta: VO

MSE: ACEITA

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigênio terapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: PRESENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADM AS MEDICAÇÕES DO HORARIO.

13/06/2019

ALLIANCE F  
CORPORATE SECURITY

Intercorrência:  
PACIENTE EM POS-OPERATORIO DE OSTEOTOMIA DO ANTE-BRAÇO, 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  
Tiro 59.022-020 Natal / RN  
Conforme com originais  
Em: \_\_\_\_\_

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 clinica quilibrio Centro de Saúde e Bem Estar para dez sessões de fisioterapia com diagnóstico médico de fratura de antebraço E apresentando queixa álgica na região.

Ao exame físico apresentou: Diminuição da amplitude de movimento do punho para o 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 álgico 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 edema em 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 álgico.

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 unção.

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

Nuancinha afro Potel eliminada

Fisioterapeuta responsável

Neiandro Celso P. Miranda  
FISIOTERAPEUTA  
CREFITO: 274377-F

19/07/2019

LEIA E CONE  
ORA DE EQUILÍBRIO

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:	Nome completo da vítima:
	094.416.934-13	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:		
Profissão:	Endereço:	CPF: 094.416.934-13
Armador		Número: Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado: RN CEP: 59162-000
E-mail:	Tel.(DDD): 081991583539	

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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: 4545 BANCO: 0000-28-28  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ BANCO: 0000-28-28  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa previsão de pagamento da indenização, nem indica que haverá realização de avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**INVALIDEZ PERMANENTE**

**MORTE**

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data da morte 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: \_\_\_\_\_ Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou filhos:  Sim  Não Vítima deixou:  Sim  Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: Fernanda Moraes Borboza  
 CPF: 707.849.664-72  
 Assinatura:

2º | Nome: Elenilson Goncalves Borboza  
 CPF: 084.902.914-03  
 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 É COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

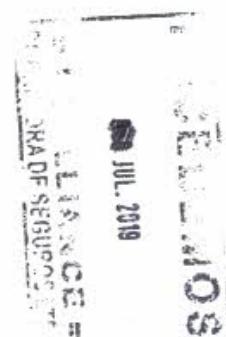
FPS.001 V001/2018

13 AGO. 2019





- 4845  
- 013  
- 0000 2828 - 0



CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 09/05/2019

>>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.BLO.JUD.: 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	TAXA	VALOR	SALDO
12/04/2019	0000000 REM BASICA	0,00000000	0,00 C	32,85 C
12/04/2019	0000000 CRED JUROS	0,00371500	0,03 C	32,88 C
18/04/2019	0000000 REM BASICA	0,00000000	0,00 C	32,88 C
18/04/2019	0000000 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

Extrato

Extrato  
ALLIANCE =  
ORA DE SEGUROS

Extrato

ALLIANCE =  
ORA DE SEGUROS

Extrato

13 AGO. 2019

Extrato  
ALLIANCE =  
ORA DE SEGUROS



29/08/2019

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



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 Tiro Way Office | Sala 307  
Av. Senador Salgado Filho, 1718 | Tirool | Natal/RN | 59022-000



---

**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](mailto:mario.amorim@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4087



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Rua da Assembleia, 100 - 16º andar

<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: GIANFILIPE 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.

---

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



Assinado eletronicamente por: GIANFILIPE DANTAS CECCHI - 03/09/2019 12:13:05  
<https://pjje1g.tjrn.jus.br:443/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090312130395700000046841333>  
Número do documento: 19090312130395700000046841333

Num. 48447267 - Pág. 2



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, Roginaldo José 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 Amorim da Serra, nº 5033,

complemento Micrópolis, 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 JC6900 HR 309807

Data do Acidente: 13/4/2019

RECONHECO  
1º Ofício de Notas

Local e Data:

São José de Mipibu/RN - 23.05.19

RECONHECO  
1º Ofício de Notas

Assinatura do Declarante

Roginaldo José da Silva

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

E. 2403

2019

ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGUROS LTD.

Autenticar AS 2

13 AGO. 2019

ELABOROS



Reconheço a(s) firma(s) Roginaldo José da Silva e Rogério Francisco da Silva assinadas.

AUTENTICIDADE  SEMELHANÇA

Valido para fins de fiscalização

Autenticação realizada em São José de Mipibu-RN - Ofício de Notas

Em testo digitalizado e assinado da verdadeira

Título da 1ª Declaração de Notas

ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGUROS LTD.

ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGUROS LTD.



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN 11208 // 00899 N° 013972204638  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1	CÓD. RENAVAM 01117416140	R.N.T.R.C. *****	EXERCÍCIO 2018
NOME REGINALDO JOÃO DA SILVA			
CPF / CNPJ 067.273.514-81		PLACA QGS7583	
PLACA ANT / UF QGS 7583/RN		CHASSI 9C2JC6900HR309807	
ESPECIE TIPO PASSEIRO/MOTOCICLETA/NAO APPLICAVEL		COMBUSTIVEL GÁSOLINA	
MARCA / MODELO HONDA/ CG 125I PAN		ANO FAB. 2017	ANO MOD. 2017
CAP. POT / CIL. 0CV/124 CELINDRADAS		CATEGORIA PARTICULAR	
COTA ÚNICA R\$ 0,00		VENC. COTA ÚNICA 04/07/2018	
FAIXA LEVA. 002895 3K		PARCELAMENTO / COTAS R\$ 28,04	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) *** TAXAS DETAN: PAGO ***		IOF (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$) PAGO	
DATA DE PAGAMENTO 04/07/2018			
AL. IENI. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65 BANCO HONDA E/A MOTOR: JC69E0H3 09813			
OBSERVAÇÕES			
Data 04/07/2018			
Assinatura do Titular do Veículo São José de Mipibu/RN Coordenador de Registro de Veículos DETAN - RN			

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

S. José de Mipibu-RN, dia 13 de 2018  
Em testemunha da verdade  
Tabelão do 1º Ofício de Notas

**RECEBIMENTOS**

**ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGUROS LTDA**

**RECEBIMENTOS**

**ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGUROS LTDA**

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

RN N° 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1	EXERCÍCIO 2018	DATA EMISSÃO 04/07/2018	
CPF / CNPJ 067.273.514-81		PLACA QGS7583	
RENAVAM 01117416140		MARCA / MODELO HONDA/ CG 125I PAN	
ANO FAB. 2017	EXE TARE 9	Nº CHASSI 9C2JC6900HR309807	
PRÉMIO TARIFÁRIO		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO BILHETE (R\$)	
IOF (R\$)		TOTAL DE PAGO FEITO PELO DETAN (R\$)	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
COTA ÚNICA		PARCELADO	

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 06.248.606/0001-04

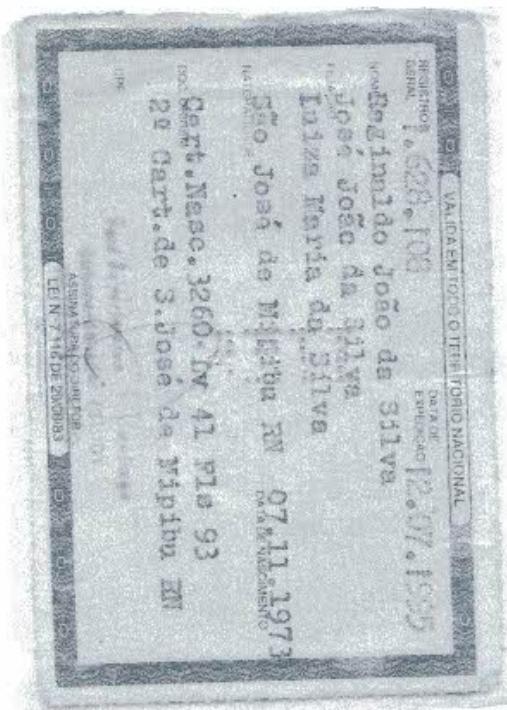
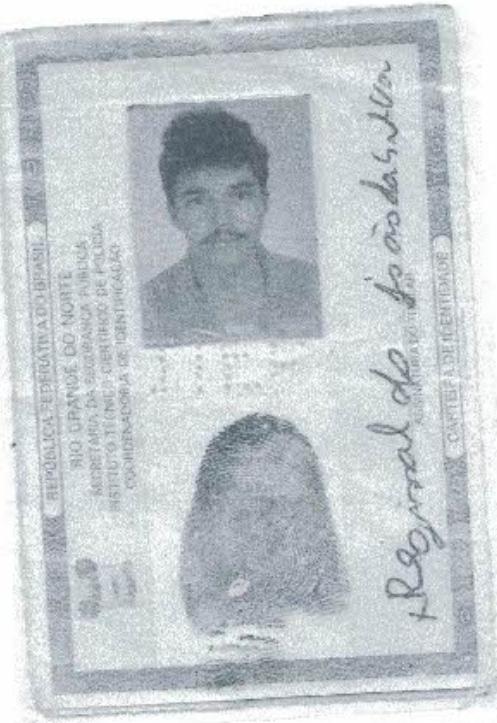
**RECEBIMENTOS**

**ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGUROS LTDA**

**RECEBIMENTOS**

**ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGUROS LTDA**





VALIDO SOBRENTENDIMENTO COM PROVATIVO DE IDENTIFICAÇÃO

Nascimento  
07/11/1973

REGINALDO JOAO DA SILVA

Nome  
Número  
067.273.514-81

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

MINISTÉRIO DA FAZENDA



13 AGO. 2019

ALLIANCE  
CORRADA DE SEGUROS

ALLIANCE  
CORRADA DE SEGUROS

ALLIANCE  
CORRADA DE SEGUROS

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na internet, no endereço  
[www.recaita.fazenda.gov.br](http://www.recaita.fazenda.gov.br)  
Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
12:14:41 de dia 20/12/2016 (hora e data de Brasília)  
digite o verificador: 00

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, Roginaldo José 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 Ampero da Serra, nº 5035,  
complemento Mápolis, 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 125 I FAN Ano: 2017  
Placa: QGS 7583 Chassi: 9 C2 JC6900 HR 309807  
Data do Acidente: 13/4/2019

Local e Data:

são José de Mipibu/RN - 23.05.19

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 AGO. 2019

FIRMAMOS



Reconheço a(s) firma(s) de Roginaldo José da Silva e Rogério Francisco da Silva acima.  
Autenticação feita com o Selo de Autenticidade e o Fiscalizadora.  
Validade: 13/05/2019 a 13/05/2020  
Autenticado em 13/05/2019 na 1ª Oficina de Notas  
Em testemunha: Rogério Francisco da Silva  
Técnica: da 1ª Oficina de Notas

ALLIANCE  
CORRETORA DE SEGUROS LTD.

ALLIANCE  
CORRETORA DE SEGUROS LTD.

ALLIANCE  
CORRETORA DE SEGUROS LTD.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN 11308 // 00699 N° 013972204638  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

NOME:

REGINALDO JOÃO DA SILVA

CPF / CNPJ:  
067.273.514-81

PLACA:  
QGS7583

PLACA ANT / UF:  
QGS7583/RN

CHASSI:

9C2JC690UHR309807

ESPECIE TIPO: PASSEIPEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICANTE	COMBUSTÍVEL: GÁSOLINA	
MARCA / MODELO: HONDA/CG 125I FAN	ANO FAB.: 2017	ANO MDD: 2017
CAP / POT / CIL: DCV/124 CILINDRADAS	CATEGORIA: PARTICULAR	COR PREDOMINANTE: PRETA

L	COTA UNICA: R\$ 0,00	VENC. COTA UNICA: 04/07/2018	VEN/ COTAS: 1º PAGO
P	FAIXA IPVA: 002895 3E	PARCELAMENTO / COTAS: R\$ 28,04	2º PAGO
V			3º PAGO
A			

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

OBSERVAÇÕES:  
AL.IEN. FID. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65  
BANCO HONDA S/A  
MOTOR: JC690H309813

DATA LOCAL:  
SAO JOSE DE MESTRE/RN

**AUTENTICAÇÃO**

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

S. José de Mestre-RN, dia 13 de 2018  
Em testemunha da verdade:  
Tabelião do 1º Ofício de Notas

13 AGO 2018  
ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGUROS

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

RN N° 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO:  
2018 DATA EMISSÃO:  
04/07/2018

PLACA:  
QGS7583

VIA:	CPF / CNPJ: 067.273.514-81	MARCA / MODELO: HONDA CG 125I FAN
	RENAVAM: 01117416140	Nº CHASSI: 9C2JC690UHR309807
ANO FAB.:	EX-TAB: 2017 9	

**PRÉMIO TARIFÁRIO**

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA UNICA		<input type="checkbox"/> PARCELA

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.809/0001-04

E-RECEBIMENTOS

ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGUROS

E-RECEBIMENTOS

ALLIANCE =  
CORRADA DE SEGUROS

VALIDO SOBRELE COM CORPO RANTE DE IDENTIFICAÇÃO

07/11/1973

Nascimento

REGINALDO JOÃO DA SILVA  
nascido em 07/11/1973

Residência  
Av. Getúlio Vargas, 3260 - bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20000-000

RG: 067.273.514-81  
Nasc.: 07/11/1973

CPF: 326.108.520-00

Endereço:  
Av. Getúlio Vargas, 3260 - bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20000-000

RG: 067.273.514-81  
Nasc.: 07/11/1973

CPF: 326.108.520-00

Endereço:  
Av. Getúlio Vargas, 3260 - bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20000-000

RG: 067.273.514-81  
Nasc.: 07/11/1973

CPF: 326.108.520-00

Endereço:  
Av. Getúlio Vargas, 3260 - bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20000-000

RG: 067.273.514-81  
Nasc.: 07/11/1973

CPF: 326.108.520-00

Endereço:  
Av. Getúlio Vargas, 3260 - bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20000-000

RG: 067.273.514-81  
Nasc.: 07/11/1973

CPF: 326.108.520-00

Endereço:  
Av. Getúlio Vargas, 3260 - bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20000-000

RG: 067.273.514-81  
Nasc.: 07/11/1973

CPF: 326.108.520-00

Endereço:  
Av. Getúlio Vargas, 3260 - bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20000-000

RG: 067.273.514-81  
Nasc.: 07/11/1973

CPF: 326.108.520-00

Endereço:  
Av. Getúlio Vargas, 3260 - bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20000-000

RG: 067.273.514-81  
Nasc.: 07/11/1973

CPF: 326.108.520-00

Endereço:  
Av. Getúlio Vargas, 3260 - bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20000-000

RG: 067.273.514-81  
Nasc.: 07/11/1973

CPF: 326.108.520-00

Endereço:  
Av. Getúlio Vargas, 3260 - bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20000-000

RG: 067.273.514-81  
Nasc.: 07/11/1973

CPF: 326.108.520-00

Endereço:  
Av. Getúlio Vargas, 3260 - bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20000-000

RG: 067.273.514-81  
Nasc.: 07/11/1973

CPF: 326.108.520-00

Endereço:  
Av. Getúlio Vargas, 3260 - bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20000-000

RG: 067.273.514-81  
Nasc.: 07/11/1973

CPF: 326.108.520-00

Endereço:  
Av. Getúlio Vargas, 3260 - bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20000-000

RG: 067.273.514-81  
Nasc.: 07/11/1973

CPF: 326.108.520-00





## INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Página 1 de 1

### 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](http://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



Assinado eletronicamente por: GIANFILIPE DANTAS CECCHI - 03/09/2019 12:13:11  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090312131046200000046841347>  
Número do documento: 19090312131046200000046841347

Num. 48448032 - Pág. 1

02/09/2019

Email – gianfilipe cecchi – Outlook



[tlook.live.com/mail/inbox/id/AQMkADAwATZiZmYAZC04YWQwLWEwYTEtMDACLTAwCgBGAAADM1%2FuVWPYg0O0DSSsjyobbAcA...](https://tlook.live.com/mail/inbox/id/AQMkADAwATZiZmYAZC04YWQwLWEwYTEtMDACLTAwCgBGAAADM1%2FuVWPYg0O0DSSsjyobbAcA...) 1/1



Assinado eletronicamente por: GIANFILIPE DANTAS CECCHI - 03/09/2019 12:13:12  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090312131213900000046842049>  
Número do documento: 19090312131213900000046842049

Num. 48448034 - Pág. 1

02/09/2019

Email – gianfilipe cecchi – Outlook



[tlook.live.com/mail/inbox/id/AQMkADAwATZiZmYAZC04YWQwLWEwYTEtMDACLTAwCgBGAAADM1%2FuVWPYg0O0DSSsjyobbAcA...](https://tlook.live.com/mail/inbox/id/AQMkADAwATZiZmYAZC04YWQwLWEwYTEtMDACLTAwCgBGAAADM1%2FuVWPYg0O0DSSsjyobbAcA...) 1/1



Assinado eletronicamente por: GIANFILIPE DANTAS CECCHI - 03/09/2019 12:13:13  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090312131307600000046842055>  
Número do documento: 19090312131307600000046842055

Num. 48448040 - Pág. 1