



Número: **0800058-14.2021.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **05/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LENIRA PEREIRA DA ROCHA (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64917 516	01/02/2021 09:02	<a href="#">2781331_CONTESTACAO_Anexo_04</a>	Documento de Comprovação



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

**Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200366236**

**Vítima: LENIRA PEREIRA DA ROCHA**

**Data do Acidente: 27/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCISCO ALVES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LENIRA PEREIRA DA ROCHA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

**Recebedor: LENIRA PEREIRA DA ROCHA**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000000560**

**Conta: 00000153345-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



GAMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro do ASL:

3 - CPF da vítima:

480.846.704-68

4 - Nome completo da vítima:

Lenira Pereira da Rocha

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

5 - Nome completo:

Lenira Pereira da Rocha

CPF:

480.846.704-68

7 - Profissão:

Autônoma

8 - Endereço:

Rua Maria Sueli Rodrigues

9 - Número:

6

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Presidente Costa e Silva

12 - Cidade:

Mossoró

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.625-650

15 - E-mail:

Nao tem

16 - CPF do Representante Legal:

841.982.7-0066

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR☐ R\$1,00 A R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itab (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0560

CONTA:

353345

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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no civil)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou parentes?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver):

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Mossoró - RN 09/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

PFS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 09:02:24

https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020109022462700000062181479

Número do documento: 21020109022462700000062181479

Num. 64917516 - Pág. 2



AUTOATENDIMENTO - AG. MOSSORO  
DATA: 07/10/2020 HORA: 17:45:22  
TERMINAL: 05601004 CONTROLE: 056010040702

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0560 013.20153345-0  
NOME: LÊNIRA PEREIRA DA ROCHA  
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00  
TELEFONE DO DEPOSITANTE: 84 99660-3618  
NÚMERO DO ENVELOPE: 3446171518

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.



Fis: 1  
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00059006/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/10/2020 08:30:24 Data/Hora Fim: 02/10/2020 08:30:24  
Origem:  
Delegado de Polícia: Francisco Edvan de Queiroz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 1º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 27/01/2020 14:15

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)  
Bairro: Presidente Costa e Silva  
Logradouro: avenida Jorge C. de andrade  
Ponto de Referência: próximo a justiça federal  
Tipo do Local: Outro

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LENIRA PEREIRA DA ROCHA (VÍTIMA, COMUNICANTE)  
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Naso: 01/12/1963 Idade: 56  
Profissão: Empregada Doméstica Naturalidade: Mossoró - RN  
Estado Civil: Solteiro(a) Nome do Pai: Joaquim Pereira da Rocha  
Nome da Mãe: Luzia Maria da Rocha

Documento(s)

RG: 1010554  
CPF: 480.846.704-68

Endereço

Município: Mossoró - RN  
Logradouro: R. Maria S. Rodrigues  
Bairro: Presidente Costa e Silva  
Telefone: (84) 98754-4623 (Celular)

Nº: 6  
CEP: 59.625-650

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 048.261.664-43	Placa OVZ2B74
Renavam 01009030385	Número do Motor KC16E8E555976
Número do Chassi 9C2KC1680ER555976	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor VERMELHA	UF Veículo RN
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 26/06/2020	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos



Impresso por: José Josué Costa Faustino  
Data de Impressão: 02/10/2020 08:43:54

Página 1 de 2  
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Visto:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - RN

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00059006/2020

Nome Envolvido

Lenira Pereira da Rocha

Envolvementos

Proprietário

**RELATO/HISTÓRICO**

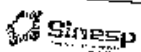
**RELATO/HISTÓRICO**  
A comunicante informa que estava na garupa da motocicleta, e estava trafegando na rua clima mencionada, quando um camu entrou na via sem observar os outros veículos; Que o condutor da moto não teve tempo de frear e acabou colidindo na traseira do carro; com a colisão a comunicante caiu no chão e foi socorrida pelo SAMU e depois encaminhada ao Hospital Regional Tarcísio Maia. Nada mais disse.

**ASSINATURAS**

José José Costa Fauslino  
 Agente de Polícia  
 Matrícula 207.338-2  
 Responsável pelo Atendimento

Lenira Pereira da Rocha  
Vítima Comunicante

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e de que que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que vai  
 assinada, comunicante



Impresso por: José Josué Costa Faustino  
Data de Impressão: 02/10/2020 08:43:54

Página 2 de 2

Página 2 de 2  
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônica



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 09:02:24

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020109022462700000062181479>

Número do documento: 21020109022462700000062181479

Num. 64917516 - Pág. 5



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ GAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

480846704-68

4 - Nome completo da vítima:

Lenira Pereira da Rocha

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

5 - Nome completo:

Lenira Pereira da Rocha

6 - CPF:

480846704-68

7 - Profissão:

Autônoma

8 - Endereço:

Rua Maria Sueli Rodrigues

9 - Número:

6

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Presidente Costa e Silva

12 - Cidade:

Aguaçu

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

59625-650

15 - E-mail:

Não possui

16 - Tel (DDD):

(84) 99827-0066

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$1.500,00  
☐ R\$1.501,00 A R\$2.500,00

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUÇANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0560

CONTA:

553345

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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Graude parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (embrião)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2015

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: LENIRA PEREIRA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000153345-0

---

---

Nr. da Autenticação 7C3391EE1048D43D





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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOS, 180, BALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 58025-250  
CNPJ 08.324.136/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



COSERN

www.cosern.com.br

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

Ligação Grátis

-TELEATENDIMENTO COSERN: 115

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

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Grátis de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 187

Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

RAIMUNDA PEREIRA DA ROCHA

CPF: 038.095.638-40

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MARIA SUELI RODRIGUES 6

PRESIDENTE COSTA E SILVA/AREA URBANA  
99620-030 MOSSORÓ RN

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

DATA DE VENCIMENTO  
**02/03/2020**TOTAL A PAGAR (R\$)  
**49,07**DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  
03/02/2020DATA DA APRESENTAÇÃO  
03/02/2020NÚMERO DA NOTA FISCAL  
038959394

Série: U

CONTA CONTRATO  
**000851468250**Nº DO CLIENTE  
300464723Nº DA INSTALAÇÃO  
0000553377

## CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL**  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

**2A26.4F35.4799.6891.E229.7BD8.9909.A514**

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)-TUSD	68,00	0,32817010	22,31
Consumo Ativo(KWh)-TE	68,00	0,32228808	21,98
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,04
Contrib. Rum. Pública Municipal			4,22
Compensação DMIC 12/19			0,48
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>49,07</b>

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOR	
ICMS	PIS
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
45,33	19,00
8,15	0,78
0,35	0,35
45,33	3,82
1,84	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	15,33 31,03
Transmissão	1,01 2,09
Distribuição (Cosern)	11,38 23,16
Encargos Financeiros	2,44 4,97
Tributos	10,24 20,87
Perdas da Energia	3,65 7,43
<b>TOTAL</b>	<b>49,07 100</b>

HISTÓRICO DO CONSUMO	
PERÍODO	KWh
FEV 20	68
JAN 20	58
DEZ 19	50
NOV 19	80
OUT 19	60
SET 19	94
AGO 19	48
JUL 19	68
JUN 19	75
MAY 19	64
ABR 19	58
MAR 19	69
FEV 19	73

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	DT Receb	Valor
23/07/17	DAUSHY	24,12

Esta comunicação não substitui o envio de bilhetes anteriores e NÃO contempla  
cálculos em processo judicial. Caso o suspensão de fornecimento persista por dois ciclos  
de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir  
cobrança conforme os critérios definidos no Art. 9º da REN 414/2010. Podem ocorrer alterações de  
cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito RFC e SERRA.

Tarifas Aplicadas	
Consumo Ativo(KWh)-TUSD	0,32817010
Consumo Ativo(KWh)-TE	0,32228808

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	15,33 31,03
Transmissão	1,01 2,09
Distribuição (Cosern)	11,38 23,16
Encargos Financeiros	2,44 4,97
Tributos	10,24 20,87
Perdas da Energia	3,65 7,43
<b>TOTAL</b>	<b>49,07 100</b>

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000002184177690	CAT	08/01/2020 568,00	03/02/2020 634,00	26	1,00000	0,00	68,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/03/2020

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

RESERVAÇÃO	DO JORNAL	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
dez 2019					
DUR-Id. de horas sem Energia	MOSSORÓ I	4,42	4,99	9,91	19,82
FIG-Id. de vezes sem Energia		1,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de interrupção unitária		4,42	2,77	0,00	0,00
Limite DMIC 12,22					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 17,31					
Todo Consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores DUC, FIG, DMIC e EUSD a qualquer tempo.					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você centralista queiroz: av. pedro paraguai, 338, planoalto 13 do malô /  
centralista queiroz: av. pedro paraguai 338, planoalto 13 do malô. Mais informações em www.cosern.com.br.  
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res 414/ANEEL), Juros 1%(sum Lei 10.438/02) e atualização monetária no pro. más.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,  
podendo também ser cobrado o custo da disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

## NÍVEL DE TENSÃO

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

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUÍ

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
000851468250	02/2020	49,07	02/03/2020

## TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 09:02:24

https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020109022462700000062181479

Número do documento: 21020109022462700000062181479

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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOS, 150, BALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.136/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055139-0



COSERN

www.cosern.com.br

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

RAMUNDA PEREIRA DA ROCHA

CPF: 038.995.838-40

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MARIA SUELI RODRIGUES S

PRESIDENTE COSTA E SILVA/ÁREA URBANA  
55625-650 MOSSORÓ RN

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

## DATA DE VENCIMENTO

02/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

49,07

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/02/2020

## DATA DA APRESENTAÇÃO

03/02/2020

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

036959394

Série: U

CONTA CONTRATO  
000851468250Nº DO CLIENTE  
3000464723Nº DA INSTALAÇÃO  
000033377

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

2A26.4F35.4799.6891.E229.7BD6.9909.A514

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	68,00	0,32817010	22,31
Consumo Ativo(kWh)-TE	68,00	0,32328608	21,98
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,04
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,22
Compensação DMIC 12/19			0,48
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>49,07</b>

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Receb	Valor
31/07/17	04/08/17	21,12

Este comunicado NÃO substitui o ato de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso o suspenso do fornecimento persista por dois ciclos de falcamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer cobrança conforme os critérios adotados no Art. 55-BEN 414/09at. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nas restrições de crédito SPC e SERASA.

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,26456000  
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,29187000

## HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
FEV 20	68
JAN 20	68
DEZ 19	66
NOV 19	60
OUT 19	60
SEY 19	64
AGO 19	63
JUL 19	68
JUN 19	73
MAI 19	64
ABR 19	58
MAR 19	69
FEV 19	75

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	16,33	33,28
Transmissão	1,81	3,69
Distribuição (Descont)	11,38	23,18
Energias Alternativas	2,84	5,82
Tributos	10,14	20,77
Perdas de Energia	3,05	6,17
<b>TOTAL</b>	<b>45,33</b>	<b>100</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
45,33	19,00	8,61	45,33	0,78	0,35	45,33	3,82	1,84

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000002180177680	CAT	05/01/2020	556,00	03/02/2020	624,00	28	1,00000	0,00	68,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/03/2020

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR ANUALIZADO	METAS ANUAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
DIC-Não de horas sem energia	MOSSORÓ I	4,42	4,85	9,31	18,82
FIC-Não de horas sem energia		1,09	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		4,42	2,77	6,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
ELUID-Valor de Encargo de Uso					R\$ 37,51

Toda Compensação por interrupção e suspensão de fornecimento deve ser indicada em DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: cartão de crédito: av. Pedro Paragual, 338, plano 13 de maio /  
cartão de crédito: av. Pedro Paragual, 338, plano 13 de maio /  
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL). Juros 1%a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,  
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

## NÍVEL DE TENSÃO

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

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000851468250	02/2020	49,07	02/03/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

83830000004 490700384007 851468250200 014760879532



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 0202-1596 / Outras regiões: 0800 312 12 51

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 15

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/COCONGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E REGULAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ALIQUOTAÇÃO, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO; <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Francisco Alves

inscrito(a) no CPF/CNPJ

048.263.664 / 43

na qualidade de Procurador (r) / Intermediário (a) do Beneficiário

Lenira Pereira da Rocha

inscrito (a) no CPF sob o nº 480.846.704/68

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da vítima

Lenira Pereira da Rocha

inscrito (a) no CPF sob o nº

480.846.704 / 68

conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão:

Revisor

Renda:

Revisor

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e por fim de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

Rua Maria Speli Rodriguez

Número:

6

Complemento:

Casa

Bairro:

Vila Santa Rita e Silva

Cidade:

Mossoró

Estado:

RN

CEP:

59.625 - 650

E-mail:

Não possui

Tel. (DDD):

(84) 99827-0066

Local e Data:

Mossoró - RN 08/30/2020

Francisco Alves  
Assinatura do Declarante

08 DRL 001 V001/2017





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 1907 /2020  
Admissão: 27/01/2020 16:01:16

OK

**ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA - VERMELHO**

Paciente: **56646 - LENIRA PEREIRA DA ROCHA** (56 a 1 d)

Nascimento: 26/01/1964

Natural: MOSSORO.BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF:

Pat:

Prof:

Mãe: NADA CONSTA

Logradouro: MARIA SUELI RODRIGUES, 0

Bairro: PRESIDENTE COSTA E SILVA

Cidade: MOSSORO

CEP: 59826650

Compl:

Telefone:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

\*Empresa:

Origem: SAMU RN

Classificação:

PESO:

27/01/2020 14:58:23

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

**HISTÓRIA - EXAME FÍSICO**

Queixa: Fratura exposta em tornozelo esquerdo

Hora: 15:00  
Paciente vítima de acidente de trânsito, após colisão e queda. Admite: fratura exposta da perna esquerda.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
Ata de cirurgia	CLIN	15:00	Assint.
Paracetamol 1g			
Ata de cirurgia			
Ata de cirurgia			
ORTOPÉDIA			
Dr. Paulo Roberto Mendes			
CRM 14391			
Dr. Paulo Roberto Mendes			
CRM 14391			

\*SAÍDA: ☒ Decisão médica ☐ Transferido ☐ Evasão ☐ Óbito ☐ Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: / /20. Hr: :

Médico:

(Assinar e Carimbar)

\*Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA. Impresso em 27 de Janeiro de 2020.

Preparar P.C.C.

Dr. Paulo Roberto Mendes  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT 14391  
CRM/RN 5924

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO 27/01/2020

SAME / ARQUIVO



Prontuário: 211749



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO  
RN  
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

### PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **LENIRA PEREIRA DA ROCHA** (Fia: 462/2020), CPF: 48084670468.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 27 de Janeiro de 2020.

Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA - R.T.M.

DATA 04/02/2020

Assinatura

CCIH - HRTM

DATA 04/02/2020

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
CANE MOSSORÓ 27/01/2020

BAME / ARQUIVO



**SUS****Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou \_\_\_\_\_

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

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Nome: **56646 LENIRA PEREIRA DA ROCHA**

Prontuário: \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_

Nascimento: 26/01/1964

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: NADA CONSTA

Pai: \_\_\_\_\_

Endereço: RUA MARIA SUELI RODRIGUES, 0 - PRESIDENTE COSTA E SILVA - MOSSORO

Fone: /

Município: MOSSORO

Código Municipal IBGE: \_\_\_\_\_

240800 UF: RN

CEP: 59625-650

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo: 142 / 2020

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO COM PRESENÇA DE SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICORESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:  
RADIOGRAFIA + EXAME FÍSICO

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S82.3 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA\*408050497. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / T

Profissional Solicitante / Assistente:

PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

CRM: 5924 / RN

Data da Solicitação 27/01/2020

**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 TrajetadoVínculo com previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

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

Nº Autorização da AIH: \_\_\_\_\_

Documento: ☐ CNS ☐ CPF nº \_\_\_\_\_

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

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
LSTA CONFORME O ORIGINAL  
SANE MOSSORO 27/01/2020

SAME / ARQUIVO





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Denise Peres de Rocha Reg Nº \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta do fêmur

Indicação terapêutica: Artroscopia de Denies

INTERVENÇÃO

Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Operador D. Rocha

1ª Auxiliar: D. Rocha

2ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

3ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anestesiologista: \_\_\_\_\_

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - Ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

( ) Limpa (X) Pot. Contaminada ( ) Contaminada ( ) Infectada

- 1) PDA - DDH não requerido
- 2) Anestesia, Anestesia do MIE e Cerebral
- 3) Lavagem e desbridamento
- 4) Sutura e pontos cirúrgicos
- 5) Telo bone

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SANE MOSCOSO 27/02/2021

SANE / ARQUIVO

Dr. Paulo Roberto de Fátima Pinheiro  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT 14391  
CRM/RN 5324





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

DEBITO CIRURGICO

Nome do paciente: Lemica Pereira da Rocha Nº do Pront.: 211749  
Cirurgia: Int. cirurgia de fist. esofaga de tórax Data: 27.01.2020  
Cirurgião: Dr. Paulo Auxiliar: Dr. Pinheiro Instrumentadora: —  
Anestesista: Leopoldo Anestesia: Raque  
Início da Cirurgia: 18:07 Término: 18:29

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	1 pacote
* GASES	2 pacotes
* ESPARADRAPO 20 cm	20 cm
* COMPRESSAS	1 unidade
* LAMINA DE BISTURI Nº	2 pares
* LUVAS	
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS Nº	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	1 unidade
* SERINGAS DE 05 ML	
* SERINGAS DE 10 ML	
* SERINGAS DE 20 ML	
* AGULHAS DESCARTÁVEIS Raque 40x12	1 unidade (Raque) 40x12
* SONDA ENDOTRAQUEAL Nº	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL Nº	
* SONDA FOLEY Nº	
* SONDA NASOGÁSTRICA Nº	
* CATETER PARA O2	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO Nº	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE Nº	
* DRENO DE TORAX Nº	
* ATADURA GESSADA	2 unidades
* FAIXA DE CREPOM	1 unidade
* ALGODÃO ORTOPÉDICO 15 cm	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	1 unidade
* MONONYLON 2-0	
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA	200 ml
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ÉTER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 500 ml	3 unidades
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL	
* XILOCAINA A 2%	5 pares
* ABD máscara 5 pares	5 pares / 200 ml

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME ORIGINAL  
JANEIRO MOSSORO 27.01.2020

SAME / ARQUIVO





DATA: 03/02/2020

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LENIRA PEREIRA DA ROCHA 56 ANOS  
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 212-1  
DATA DA ADMISSÃO: 27/01/2020 MOSSORÓ-RN CODIGO: 56646

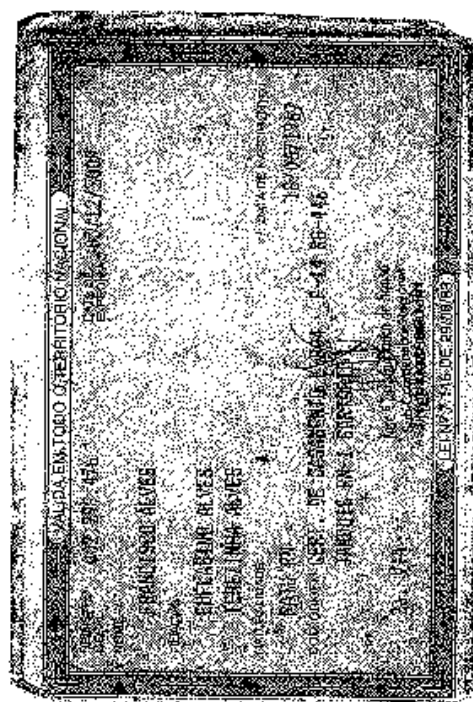
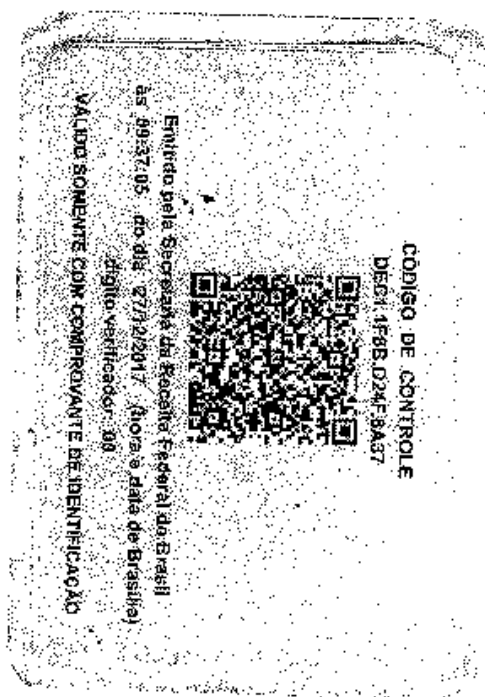
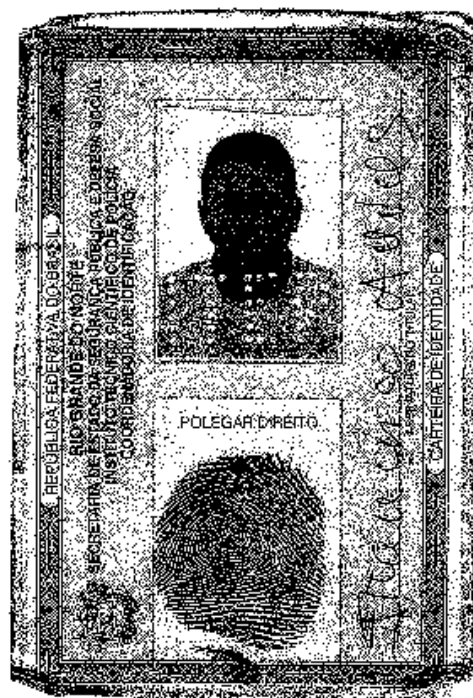
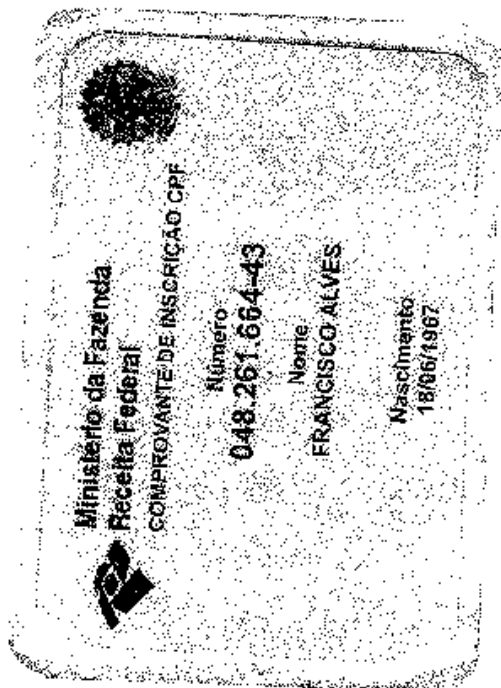
DATA	EVOLUÇÃO
Nº fraturas: 01	07º DIH FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO - MALLEOLO LATERAL ESQUERDO  QP: PACIENTE SEM QUEIXAS. DESEJA ALTA HOSPITALAR ANTECIPADA  EF: BEG, COTE, EUPNEICA, NORMOCORADA E AFEBRIL. ACV: RCR, 2T, SOPRO SS, BNF. AR: MV+ EM AMBOS HEMITORAX. SRA. ABD: PLANO, RHA+, FLACIDO E INDOLOR. MIE: SEM SINAIS DE TVP, NEUROVASCULAR PRESERVADO.  SITUAÇÃO: <del>EM TRATAMENTO COM ANTIEMÉTICO, FERVENDO EM 02/02/2020</del>  RISCO CIRÚRGICO BAIXO LABORATORIO (31/01/20): HB: 12 HT: 34,9 LEUCO: 6500 PT: 233000 PLI: 93 U: 33 CR: 0,6 LABORATORIO (02/02/20): HB: 12,7 HT: 36,6 LEUCO: 6300 PT: 161000 GLI: 67 U: 26 CR: 0,8 K: 4,40 CA: 1,28 FINALIZOU ESQUEMA DE 07 DIAS COM OXACILINA EM 02/02 CD: VPM

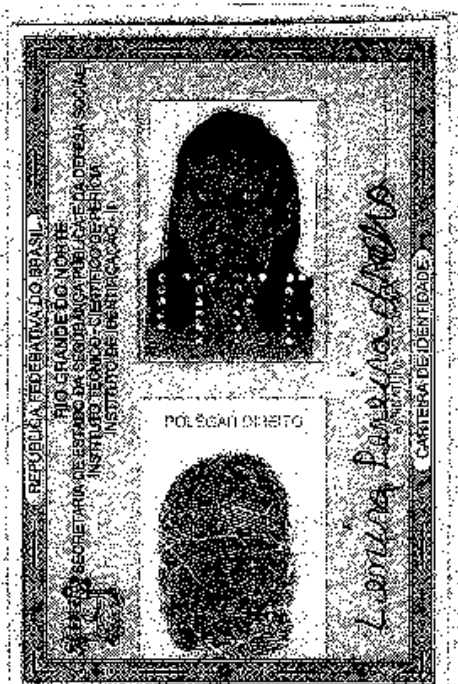
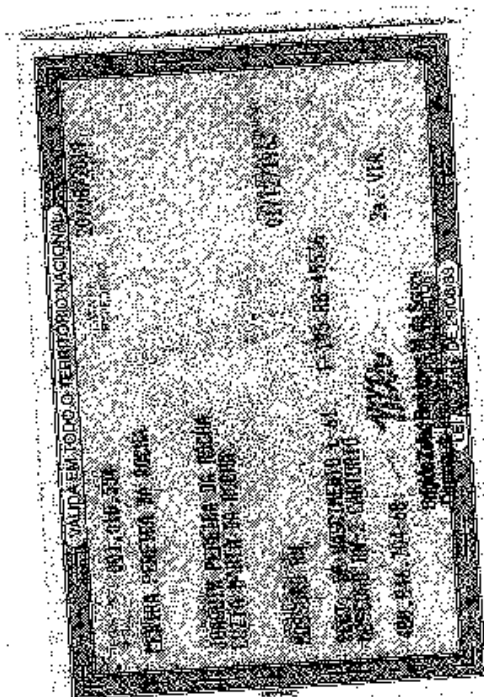
	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA LIVRE, VO	20h
2	SF 0,9% 1 500 MLE V P /24 HORAS	1- 2- 3-
3	DIPIRONA 1G - 01 AMP + 8ML ABD EV 6/6 HR, SE NECESSÁRIO	6/N
5	TRAMAL 100 MG + 100 MLSF 0,9% EV 8/8H SN	6/N
6	CLEXANE 40MG SC - 1X DIA	16
8	CCGG + SSVV	
9		

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SANE MOSSORÓ 27/02/2020  
BIN

SANE / ARQUIVO







*Livia Karina Freitas da Silva*





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200366236 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LENIRA PEREIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 27/01/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 16/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO MALÉOLO ESQUERDO. P1,5,

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200366236 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LENIRA PEREIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 27/01/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 16/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO MALÉOLO ESQUERDO. P1,5,

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Lenira Pereira da Rocha, brasileiro(a),  
estado civil: Solteira, Profissão: Autônoma, Data do Acidente 27/03/2020  
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG \_\_\_\_\_, órgão expedidor  
Itap e do CPF: 480.846.704 - 68, residente no(a)  
Rua Maria Sueli Rodrigues nº 6,  
bairro: Presidente Costa e Silva, município: Mossoró, RN.

### OUTORGADO:

Nome: Francisco Alves, brasileiro(a)  
estado civil: Solteiro, Profissão: Autônoma, portador(a) do RG  
002.299.476, órgão expedidor Itap e do CPF: 048.263.664-43, residente  
no(a) Rua Maria Sueli Rodrigues nº 6,  
bairro: Presidente Costa e Silva, município: Mossoró, RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Mossoró - RN 08/03/2020  
Local e Data



Lenira Pereira da Rocha  
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



Cartório Vieira  
R. Vicente Rabelo, 187 - Centro, Mossoró - RN, CEP: 59060-120 Fone: (84) 3027-4  
Tribunal: Edimar Vieira de Almeida

Reconhecimento da Firma 2020-012457  
Reconheço por autenticidade a Firma de  
LENIRA PEREIRA DA ROCHA  
Assinado na presença de: \_\_\_\_\_  
Em testemunho da verdade  
Mossoró - RN, 07/03/2020 às 20:38  
ELIZIANE DE MOURA VIEIRA - TABELA SUBSTITUTA  
SELO DIGITAL: RN2020005980400193700XL  
Para consultar o selo, acesse:  
<http://revalida101.tjrn.jus.br>  
ENCLOS: 2, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100  
Assinatura: \_\_\_\_\_

AC216281

