



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, retorno 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 (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - N° do anistro da ASL:  3 - CPF da vítima:  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 N° 445/2012

5 - Nome completo:  Lenira Pereira da Rocha  6 - Número:  980846704-68  
 7 - Profissão:  8 - Endereço:  Rua Maria Sueli Rodrigues  9 - Número:  6  10 - Complemento:  Casa  
 11 - Bairro:  12 - Cidade:  Mogiá  13 - Estado:  SP  14 - CEP:  59625-650  
 15 - E-mail:  16 - TEL PESSOAL:  (184) 4924-0066

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 comprovação 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 (Sumeite para os bancos abaixo. Assista uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  0560 CONTA:  153345  (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)  (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.

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

Declaro, sob os pressos 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, sumi a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado  Viúvo  24 - Data da morte:   
 25 - Grau de Parentesco com a vítima:  26 - Vítima deixou comparselro(a):  Sim  Não  27 - Se a vítima deixou comparselro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:  Sim  Não  29 - Se tinha filhos, informar filhos:  Vivos:  Falecidos:  30 - Vítima deixou herdeiro(a):  Sim  Não  31 - Vítima:  Sim  Não  32 - Se tinha irmãos, informar irmãos:  Vivos:  Falecidos:  33 - Vítima deixou pais/vôos vivos?  Sim  Não

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 verídica poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 -  Iniciativa:  Declarante:  Vítima:  Testemunha:  Representante Legal:    
 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 - 1<sup>a</sup> | Nome:   
 CPF:   
 Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:   
 CPF:   
 Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:  10/02/2015 - 08/130/2020  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):   
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):   
 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ  
PERMANENTE

MORTE

TESTEMUNHAS





AUTOATENDIMENTO - AG. NOSSORO. .... HORA: 17:45:22  
DATA: 07/10/2020 ..... CONTROLÉ: 056018040702  
TERMINAL: 056018040702

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DÉPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0560 013.00153345-0  
NOME: LÉNIRA PEREIRA DA ROCHA  
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00  
TELEFONE DO DEPOSITANTE: 84 99960-3618  
NÚMERO DO ENVELOPE: 3446171519

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.



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=2102010902246270000062181479>  
Número do documento: 2102010902246270000062181479

Num. 64917516 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PÓLICIA 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: proximo a justiça federal

Tipo do Local: Outro

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LEMIRA PEREIRA DA ROCHA (VITIMA, COMUNICANTE)	Nasc: 01/12/1953	Idade: 66
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	
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: 1010654

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

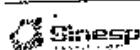
CEP: 59.625-650

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 048.261.664-43	Placa OV22B74
Renavam 01009030385	Número do Motor KC16E8E555976
Número do Chassi 9C2KC1680ER556976	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

Envolvidos

Nome Envolvido	Página 1 de 2
Impresso por: José Josué Costa Faustino Data de Impressão: 02/10/2020 08:43:54	PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Fls: 2  
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00059006/2020

Nome Envolvido  
Lenira Pereira da Rocha

Envolvidos  
Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

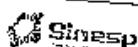
A comunicante informa que estava na garupa da motocicleta, e estava trafegando na rua clima mencionada, quando um carro entrou na via sem observar os outros veículos; Que o condutor da moto não teve tempo de frear e acabou colidindo na traseira do carro; com a colisão a comunicante caiu no chão e foi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

ASSINATURAS

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

Lenira Pereira da Rocha  
Vítima, Comunicante

\*Declaro para os efeitos da lei de direito que sou eu(a) unico(a) responsável pelas informações acima assinadas e declaro que indico responder civil e criminalmente pela presente declaração que viu  
arquivo, conforme previsto nos artigos 338 Demandação Criminoso e 340 Comunicação Falsa de Crime ou da Contração do Código Penal Brasileiro.



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

Página 2 de 2  
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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=2102010902246270000062181479>  
Número do documento: 2102010902246270000062181479

Num. 64917516 - Pág. 5



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3 - CPF da vítima:** 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. N° 445/2012

5 - Nome completo: **Lenira Pereira da Rocha** **6 - 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: **Magé** 13 - Estado: **RJ** 14 - CEP: **25625-650**  
 15 - E-mail: **Não tenho** 16 - Tel (DDD): **(841) 99827-0066**

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR 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, comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 REUSC 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)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0560**  CONTA: **353345**

(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.

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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 discordar do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado/a Civil  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo **24 - Data da morte da vítima:** \_\_\_\_\_

25 - Grau de parentesco com a vítima: **26 - Vítima deixou companioneiro(a):**  Sim  Não **27 - Se a vítima deixou companioneiro(a), informar o nome completo:** \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim **29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:** **30 - Vítima deixou nascituro (bebê recém-nascido):**  Sim **31 - Vítima teve irmãos?**  Sim **32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:** **33 - Vítima deixou pais/avós vivos?**  Sim   
 Não  Não  Não  Não  Não  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando riente, 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 - Nome da pessoa que assina o pedido (a rogo)**

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

**38 - 1º Nome: \_\_\_\_\_**

**CPF: \_\_\_\_\_**

**Assinatura da testemunha**

**39 - 2º Nome: \_\_\_\_\_**

**CPF: \_\_\_\_\_**

**Assinatura da testemunha**

**40 - Local e Data:** **10/02/16 - RJ 08/10/2020**

**Lenira Pereira da Rocha**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2018

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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



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=2102010902246270000062181479>  
Número do documento: 2102010902246270000062181479

Num. 64917516 - Pág. 7

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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOS, 160, SALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 05.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02

Ligações Grávatas:

-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 -Ligações Grávatas de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 107

Ligações Grávatas de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

RAHMUNDÁ PEREIRA DA ROCHA  
CPF: 638.095.638-40

## ENDERÉCOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MARIA BUELI RODRIGUES 6  
PRESIDENTE COSTA E SILVA/AREA URBANA  
09623-090 MOSSORÓ RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos as 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

038959394

## Série: U

## CONTÁ CONTRATO

000051468250

## Nº DO CLIENTE

3000464723

## Nº DA INSTALAÇÃO

0100553377

## 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)-TUBD	65,00	0,32817910	22,31
Consumo Ativo(kWh)-TE	68,00	0,32229803	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>

EM ATÉ 15 DIAS, PÉDROS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE:

Vencido	DE REAV	VENC
31/01/17	DAVANT	24,02

Este comunicado não substitui as regras de direitos individuais e não contempla direitos em direito judicial. Caso de a suspensão do fornecimento perdida por dívidas de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 96 R2N 41/2007. Podem ocorrer variações de cobrança, bem como inclusão nos registros de faltigões de débito BPC e SERRASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUBD	0,32817910	PEV	20
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,32229803	JAN	58
		DEZ	55
		NOV	55
		OUT	55
		SET	54
		AGO	53
		JUL	58
		JUN	75
		MAI	64
		ABR	58
		MAR	59
		FEV	73

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES						
RESUMO	DOCUMENTO	VALOR APLICADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	des2019
DIC-Nº de horas zero Energia	MOSSORÓ1	4,42	4,89	5,51	19,02	
FIG-Nº de vezes zero Energia		1,00	3,23	5,47	12,29	
BMIC-Duração média de Interrupção ordinária		4,42	2,77	0,00	0,00	
ENIC-Duração de Interrupção em dia útil						Límite ENIC 12,22
EUSD-Valor de Escopo de Use = R\$ 17,31						
Todo Consumidor pode solicitar a aplicação das indicações ENIC, FIG, DMC e BMIC a qualquer tempo.						

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você centralista que for: av pedro paraguai, 338, planalto t3 da malha / centralista que for: av pedro paraguai conj liberdade 1338, planalto t3 da malha completa em [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br). O pagamento dessa Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data de 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 no nível de fornecimento. Pago, em atraso, gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% (Lei 10.438/02) a atualização monetária no prazo, mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão do 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.

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
000051468250	02/2020	49,07	02/03/2020

## TALÃO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

1/1

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

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



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.433, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvitória 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

<b>DADOS DO CLIENTE</b>	
RAIMUNDA PEREIRA DA ROCHA	
CPF: 038.995.838-40	
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>	
RUA MARIA SUELMI RODRIGUES 5	
PRESIDENTE COSTA E SILVA/ÁREA URBANA 59825-650 MESSORÓ RN	
<p>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 <a href="http://www.cosern.com.br">www.cosern.com.br</a></p>	

<b>DATA DE VENCIMENTO</b>	<b>02/03/2020</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b>	<b>03/02/2020</b>	<b>CONTA CONTRATO</b>	<b>000851468250</b>
<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>	<b>49,07</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b>	<b>03/02/2020</b>	<b>Nº DO CLIENTE</b>	<b>3800464723</b>
		<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b>	<b>036959394</b>	<b>Nº DA INSTALAÇÃO</b>	<b>0000553177</b>
				<b>Série:</b> U	
<b>CLASSIFICAÇÃO</b>		<b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> <b>Monofásico</b>			
<b>RESERVADO AO FISCO</b>		2A26.4F35.4799.6891.E229.7BD8.9909,A514			

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.																
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	68,00	0,32517910	22,31	Vencido	0 dias	Valor														
Consumo Ativo(kWh)-TE	68,00	0,32328608	21,98	31/02/17	0 dias	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>																	
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>																				
<b>ICMS</b>	<b>PIS</b>	<b>COFINS</b>		<b>HISTÓRICO DO CONSUMO</b>																
<b>BASE DE CÁLCULO</b>	<b>%</b>	<b>VALOR DO IMPÔSTO</b>	<b>BASE DE CÁLCULO</b>	<b>%</b>	<b>VALOR DO IMPÔSTO</b>	<b>KWh</b>														
46,33	19,00	8,15	46,33	0,78	0,35	0,26														
			46,33	3,62	1,64	1,00														
<table border="1"> <tr> <td><b>DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL</b></td> <td><b>DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES</b></td> </tr> <tr> <td><b>DESCRÍPCAO</b></td> <td><b>CONJUNTO</b></td> <td><b>VALOR APURADO</b></td> <td><b>META MENSAL</b></td> <td><b>META TRIM.</b></td> <td><b>META ANUAL</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>dez/2019</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							<b>DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL</b>	<b>DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES</b>	<b>DESCRÍPCAO</b>	<b>CONJUNTO</b>	<b>VALOR APURADO</b>	<b>META MENSAL</b>	<b>META TRIM.</b>	<b>META ANUAL</b>			dez/2019			
<b>DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL</b>	<b>DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES</b>																			
<b>DESCRÍPCAO</b>	<b>CONJUNTO</b>	<b>VALOR APURADO</b>	<b>META MENSAL</b>	<b>META TRIM.</b>	<b>META ANUAL</b>															
		dez/2019																		
<b>NÚMERO DO MEDIDOR</b>	<b>TIPO DA FUNÇÃO</b>	<b>ANTERIOR</b>	<b>ATUAL</b>	<b>Nº DIAS</b>	<b>CONSTANTE</b>	<b>AJUSTE</b>	<b>CONSUMO MWh</b>	<b>BLIC-Nodo horário com Energia</b>	<b>MOSSORÓ I</b>	<b>4,42</b>	<b>4,85</b>	<b>9,31</b>	<b>18,82</b>							
0000000218017800	CAT	08/01/2020 866,09	03/02/2020 824,00	28	1,00000	0,00	68,00	PIG-Nodo de vezas com Energia		1,00	3,23	6,47	12,95							
								DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		4,42	2,77	6,00	0,00							
								DIICR-Duração de interrupção em dia útil					Límite DIICR: 12,22							
								EUBO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 17,51												
								Todos consumidores possuem a opção de indicar o DMIC, PIG, DMIC + DIICR a qualquer momento												
<b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b>	<b>NIVEIS DE TENSÃO</b>																			
<p>Pague no ponto mais perto de você! Consulte quiosque: av. pedro paraguai, 338, planalto 13 de maio / consulte quiosque: av. pedro paraguai conj liberdade 1338, planalto treze de maio/ lista completa em <a href="http://www.cosern.com.br">www.cosern.com.br</a>. O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.</p> <p>Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a>.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. mês.</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento de prazo definido para os prazos 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.</p>	<table border="1"> <tr> <td><b>TENSÃO NOMINAL(V)</b></td> <td><b>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</b></td> </tr> <tr> <td><b>MÍNIMO</b></td> <td><b>MÁXIMO</b></td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> </tr> <tr> <td colspan="2">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td> </tr> </table>	<b>TENSÃO NOMINAL(V)</b>	<b>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</b>	<b>MÍNIMO</b>	<b>MÁXIMO</b>	220	202	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA												
<b>TENSÃO NOMINAL(V)</b>	<b>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</b>																			
<b>MÍNIMO</b>	<b>MÁXIMO</b>																			
220	202																			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																				

DETALHE 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.

838300000004 490700384007 851468250200 014760879522



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

4/1

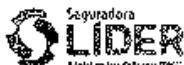


Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 09:02:24

<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102010902246270000062181479>

Número do documento: 2102010902246270000062181479

Num. 64917516 - Pág. 9



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

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

Centro de Apoio à Juventude (face a constar sobre se fazem indemnizações a ordinais de segunda a sexta-feira das 8h às 18h)

SST Informática - Consultoria e Soluções - 2016 - Telefone: (0800) 072 33 004 | SISTEC (Sistech) - Desenvolvimento e Manutenção de Sistemas - 2016 - Telefone: (0800) 092 12 06 | Central de Ouvintes: 0800 072 33 125

#### INFORMACIÓS IMPORTANTS

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estableceu o Circuito número 445/12, disposto no edital de eletrônica:

http://www3.caixa.gov.br/saude/DECAWEB/DOCTORS/GERAL.ASPX?IDDO=1800006029536

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 saída da 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, contida, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de remuneração ac. COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSPE, ÓRGÃO INTROVATÓRIO PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ALERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO; <sup>2</sup> CONSelho DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRATIVO DA EXECUTIVA DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, TENDO POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, REDEFINIR, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI 8.089/1990.

Pelo exposto, eu Francisco Alves

inscrito(a) no CRM/CRN) 048263664 / 43, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

480 846 104 68

do simbolo de DPVAT cobertura invalides da Vítima Lemira Ferreira da Rocha

480 846 104 68 - conforme determinação da Circular Susep 485/2;

e apresento os documentos comprobatórios:

www.info-moscow.com

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DIVAR, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Faço constar que a falsidade da presente declaração ensejará na sentença penal prevista

Endereço: Rua Maria Sueli Rodrigues Número: 6 Complemento: Casa  
Cidade: Rio de Janeiro Estado: RJ CEP: 59.625-650  
Bairro: Costa Silveira Tel: (51) 99827-0066  
E-mail: [costasilveira@uol.com.br](mailto:costasilveira@uol.com.br)

Digitized by srujanika@gmail.com

Francisco Aldecoa  
Assinatura do Declarante

ESAIM: PROBABILITÉS ET STATISTIQUE





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

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
DANIE MOSSORÓ 27/01/2020

B/165  
SAME/ARQUIVO

**CCIH - HRTM**

DATA 04/02/2020

Assinatura



**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

Nascimento: 26/01/1964

Sexo: Feminino

Prontuário:

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

Pal:

Cor: PARDA

Mãe: NADA CONSTA

Fone: /

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

CEP: 59625-650

Município: MOSSORÓ

Código Municipal IBGE:

240800 UF: RN

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 CIRÚRGICO

**RESULTADOS 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

*VJF, P*

Profissional Solicitante / Assitente:

PABLO ROMERO DA ESCÓSSIA PINHEIRO CRM: 5924 / RN Data da Solicitação 27/01/2020

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

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

Nº Autorização da AIH: \_\_\_\_\_

Documento:  CNS  CPF nº \_\_\_\_\_

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

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
LUTA CONFORME O ORIGINAL  
SANDE MOSSORÓ *10/01/2021**B. L. M.*  
SAME / ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Denis Peres de Oliveira Reg N° \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: Fr. exposto Tonoglu

Indicação terapêutica: Controle de Dor

INTERVENÇÃO

Início: 12/02/2021 Fim: 12/02/2021 Duração: 00:00:00

Operador Dj. Polli

1º Auxiliar: Dj. Perlin

2º Auxiliar: \_\_\_\_\_

3º Auxiliar: \_\_\_\_\_

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

Anestesista: \_\_\_\_\_

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  Pot. Contaminada  Contaminada  Infectada

- ① Pd a DDH na Região
- ② Anexio, Anexio do MIE + Cxas
- ③ Ligas + Sutura
- ④ Sutura de tendas ext
- ⑤ Tela liso

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SANE MOSGORS 17/02/2021  
BIM

SANE / ARQUIVO

Dr. Pedro Ruiuan da Fonseca Pinto  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT 14391  
CRM/RN 5924





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

DEBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Lenice Pereira da Rocha Nº do Pront: 211749  
Cirurgia: flat. enxóige de frat. exposta da tennagel Data: 21.01.2020  
Cirurgião: Dr. Palmeira Auxiliar: Dr. Lúmber 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
* LÂMINA DE BISTURI N°	2 pares
* LUVAS	—
* EQUIPO PARA SORO	—
* S CALPS N°	—
* JELCOS	—
* CATETER PARA SUBCLÁVIA	—
* SERINGAS DE 01 ML	—
* SERINGAS DE 03 ML	1 unidade
* SERINGAS DE 05 ML	—
* SERINGAS DE 10 ML	—
* SERINGAS DE 20 ML	—
* AGULHAS DESCARTÁVEIS <sup>Raque</sup> 20x12	1 unidade (Raque) fund 40x12
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	—
* TRAQUEOSTOMO	—
* SONDA URETRAL N°	—
* SONDA FOLEY N°	—
* SONDA NASOGASTRICA N°	—
* CATETER PARA 02	—
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°	—
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	—
* BOLSA DE COLESTOMIA	—
* DRENO DE PENROSE N°	—
* DRENO DE TORAX N°	—
* ATADURA GESSADA	2 unidades
* FAIXA DE CREPOM	1 unidade
* ALGODÃO ORTOPÉDICO 15 cm	1 unidade
* CATGUT CROMADO	—
* CATGUT SIMPLES	—
* FIO DE ALGODÃO	1 unidade
* MONONYLON 2-0	—
* OUTROS FIOS	—
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	—
* USO DE OXIGÉNIO	—
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA	200 mL
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	—
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	—
* SOLUÇÃO DE ETER	—
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	3 unidades
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	500 mL
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	—
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	—
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	—
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	—
* MANITOL	—
* XILOCAINA A 2%	5 pences
* ABD <sup>mesorectal</sup> 5 pences	1 ml 200 mL
	5 pences 1 200 mL

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAIS  
ATE HOSSORO

SAME/ARQUIVO

31/01/2020



DATA: 03/02/2020

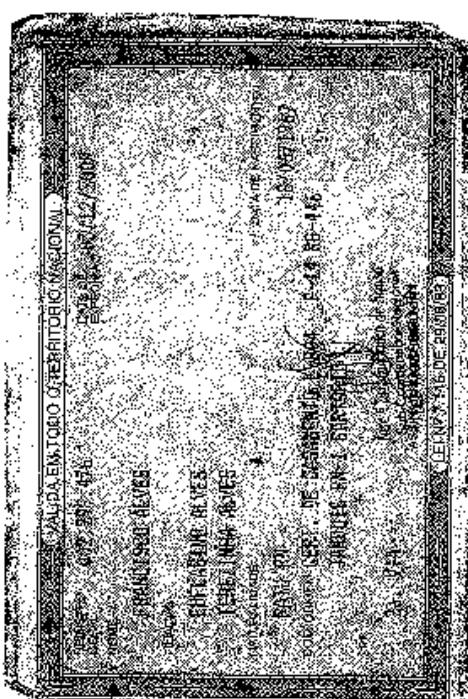
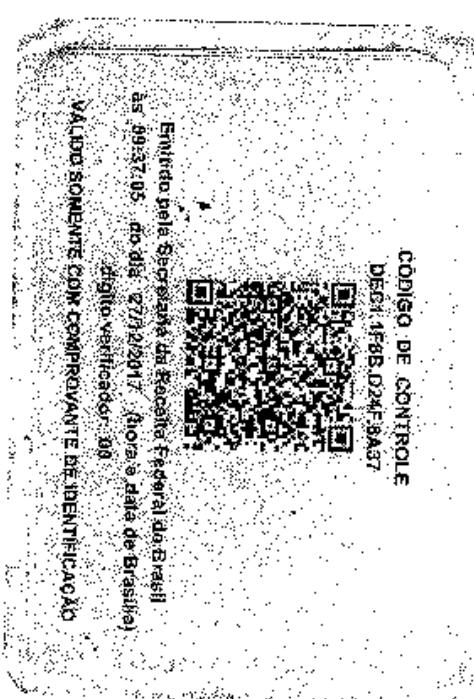
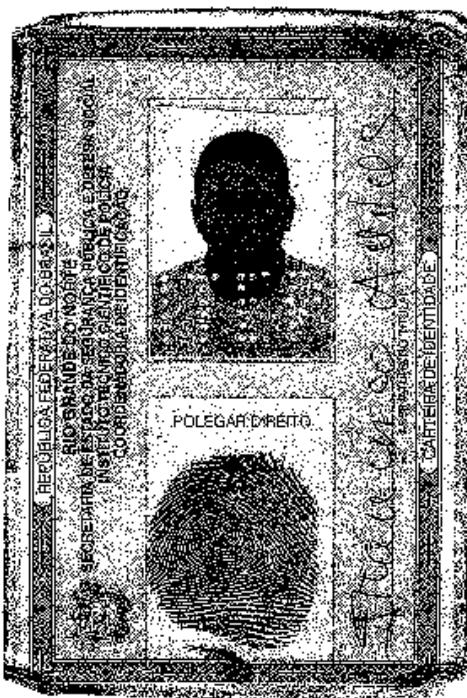
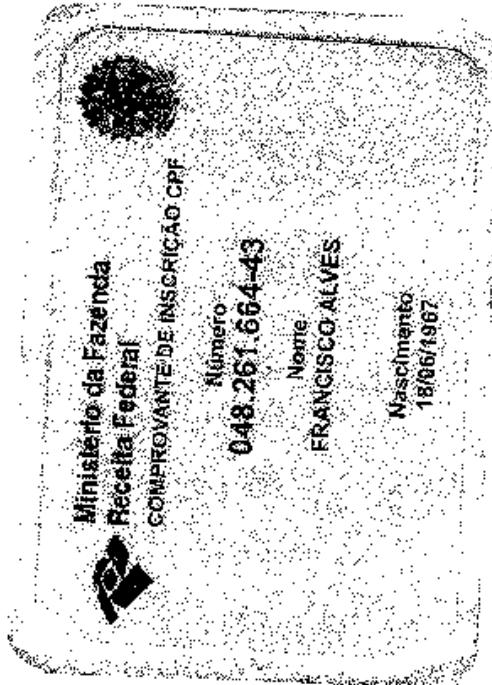
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LENIRA PEREIRA DA ROCHA CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC DATA DA ADMISSÃO: 27/01/2020		56 ANOS Leito: 212-1 MOSSORÓ-RN CÓDIGO: 56646
DATA	EVOLUÇÃO	
Nº fraturas:	07º DÍH FRATURA EXPOSTA DE TORNozELO - MALEOLÓ LATERAL ESQUERDO	
01	QP: PACIENTE SEM QUÍXAS. DESEJA ALTA HOSPITALAR ANTECIPADA EF: BEG, COFE, 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 TEP, NEUROVASCULAR PRESERVADO.	
SITUAÇÃO: <i>Alta</i>		
RISCO CIRÚRGICO BAIXO LABORATORIO (31/01/20): HB: 12 HT: 34,9 LEUCO: 6500 PT: 233000 GL:93 U:33 CR:0,6 LABORATORIO (02/02/20): HB: 12,7 HT:36,6 LEUCO: 6300 PT: 161000 GL: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		HORÁRIO
1	DIETA LIVRE, VO	<i>event</i>
2	SF 0,9% 1 500 ML EV 7/24 HORAS	<i>12-3</i>
3	DIPIRONA 1G -01 AMP + 8ML ABD EV 6/6 HR, SE NECESSÁRIO	<i>6/11</i>
5	TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% EV 8/8H SN	<i>6/11</i>
6	CLEXANE 40MG SC - 1X DIA	<i>16</i>
8	CCGG + SSVV	
9		

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

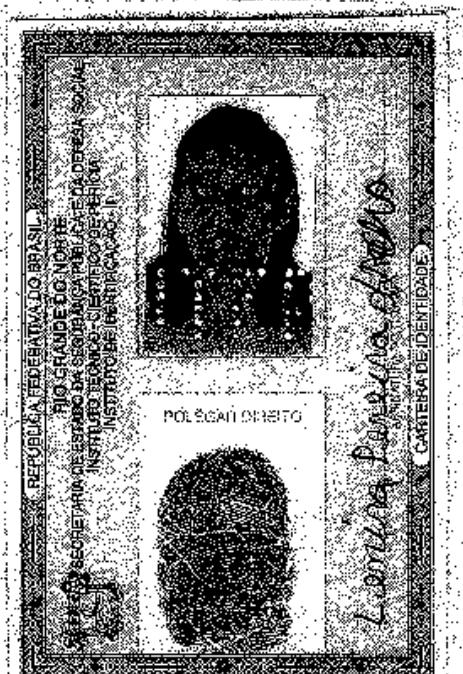
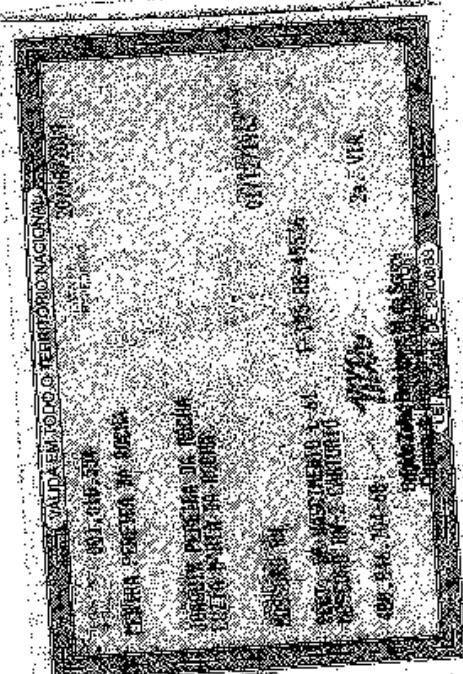
*Alta*  
SAME / ARQUIVO





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. 17



W. H. H.





## 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

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



## 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

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



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Lenira Pereira da Rocha brasileiro(a),  
estado civil: Solteira Profissão: Autônoma, Data do Acidente 27/03/2020  
Cobertura Indivíduo, portador(a) do RG \_\_\_\_\_, órgão expedidor  
Step e do CPF: 480 846 704 - 68 residente no(a)  
Rua Maria Sueli Rodrigues, nº 6,  
bairro: Presidente Costa e Silva, município: Floriano, PI

### OUTORGADO:

Nome: Francisco Alves brasileiro(a)  
estado civil: Solteiro Profissão: Autônomo, portador(a) do RG  
002 299 476 órgão expedidor Step e do CPF: 048 263 664-43, residente  
no(a) Rua Maria Sueli Rodrigues, nº 6,  
bairro: Presidente Costa e Silva, município: Floriano, PI

**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.

Floriano - PI 08/03/2020

Local e Data

*Reconhecimento de Firma*

Lenira Pereira da Rocha  
Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

