



Número: **0800006-94.2021.8.20.5113**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Areia Branca**

Última distribuição : **05/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JULIMAR ALVES DOS SANTOS (AUTOR)		CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65508438	18/02/2021 08:48	2785297_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação



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

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200318738

Vítima: JULIMAR ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIMAR ALVES DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16108081



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 288.885.884.34 3 - CPF da vítima: 288.885.884.34 4 - Nome completo da vítima: Julemar Alves dos Santos

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

5 - Nome completo: Julemar Alves dos Santos 6 - CPF: 288.885.884.34
7 - Profissão: Rencoso 8 - Endereço: Rua Santa Cruz 9 - Número: 06 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Esquino 12 - Cidade: Cossoso 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.645-000
15 - E-mail: Rencoso 16 - Tel. (DDD): 841 9853 81 06

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3568 CONTA: 7873 4
(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 o dano, 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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento 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 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se não assinado)

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Cossoso RN 02-09-2020

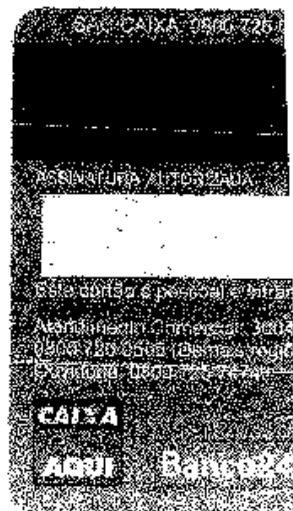
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Pratorador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

003/2014





Fls: 1
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE GROSSOS - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00043983/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/07/2020 11:11:52 Data/Hora Fim: 31/07/2020 11:11:52
Delegado de Polícia: Renato da Silva Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Grossos

Data/Hora do Fato: 21/05/2020 18:30 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Grossos (RN)

Bairro: Santa Cruz

Logradouro: Rua Santa Cruz

Ponto de Referência: próximo à Igreja Católica

Tipo do Local: Zona Urbana

Nº: sn

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JULIMAR ALVES DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 24/05/1982

Idade: 38

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: Casado(a)

Naturalidade: Grossos

Nome da Mãe: Maria José dos Santos

Nome do Pai: José Alves Pereira dos Santos

Documento(s)

RG: 539675

Endereço

Município: Grossos - RN

Logradouro: Rua Santa Cruz

Bairro: Santa Cruz

Nº: 06

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 229.374.714-04	Placa MYF1696 ✓
Renavam 00783484801	Número do Motor JC30E12227606
Número do Chassi 9C2JC30102R227606	Ano/Modelo Fabricação 2002/2002
Cor AZUL	UF Veículo RN
Município Veículo Grossos/RN	Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1,00 Unidade
Situação Meio Empregado	Última Atualização Denatran 04/02/2020
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Julimar Alves dos Santos	Possuidor



Requisito por: Cristiano Alves de Lima

Data de Impressão: 31/07/2020 11:38:30

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 18/02/2021 08:48:13

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021808481297300000062727989>

Número do documento: 21021808481297300000062727989

Num. 65508438 - Pág. 4

Fis: 2

Visão:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE GROSSOS - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

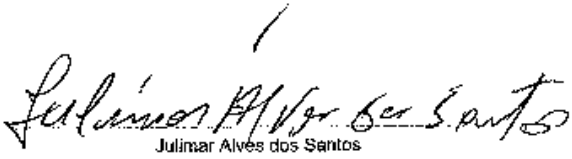
Nº: 00043983/2020

RELATO/HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima que trafegava pela via acima, pilotando a motocicleta já caracterizada, seguindo para sua residência, quando foi surpreendido por um animal canino que atravessou à sua frente abruptamente, ao tentar desviar de colidir contra o animal, caiu sobre uma vala que atravessa a via, com isso perdeu o controle da motocicleta e caiu violentamente contra o solo, sendo atendido no hospital local, após isso foi transferido para o HRTM em Mossoró, devido a gravidade das lesões sofridas, apresentando as documentações pertinentes ao seu atendimento médico. NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS


Cristiano Alves de Lima
Escritório da Polícia
Matrícula 190.983-9
Responsável pelo Atendimento


Julimar Alves dos Santos
Vítima, Comunicante

*Declaro que as declarações de fato que aqui (eu/vítima) responsável pelo atendimento, conforme acima relatadas e demais que possam responder civil e criminalmente pela presente declaração que deliberei, conforme previsto nos artigos 338-Denúncia Caluniosa e 340-Contradição Falsa da Crime do Contradição do Código Penal Brasileiro.



Impresso por: Cristiano Alves de Lima
Data de Impressão: 31/07/2020 11:38:30

Página 2 de 2
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 288.885.884-34 4 - Nome completo da vítima: Juliano Alves dos Santos

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

5 - Nome completo: Juliano Alves dos Santos 6 - CPF: 288.885.884-34
7 - Profissão: Ruano 8 - Endereço: Rua Santa Cruz 9 - Número: 06 10 - Complemento: caso
11 - Bairro: Coqueiro 12 - Cidade: Craianos 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59675-000
15 - E-mail: Ruano 16 - Tel.(DDD): (84) 9953 8108

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE 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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3568 CONTA: 7873 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 responsabilizado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que: (Assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 nascituro (ou nascido)? ☐ 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 digital da vítima ou representante legal

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Craianos RN 02-09-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Juliano Alves dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver): João de Deus

ENC 001 0002/2010



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: 17/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIMAR ALVES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03568

CONTA: 000000007873-4

Nr. da Autenticação C9C06308C08A2843



ENERGICO SA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SANTA CRUZ 5

CÓDIGO: 207AR1A LINEA 24A
CÓDIGO: 207AR1A LINEA 24A
59675-001

0527981018	01/2020
04/02/2020	27/02/2020
118.47	

04/02/2020 13:27/02/2020

● 2010年10月1日起，凡在中华人民共和国境内销售货物或者提供加工、修理修配劳务以及进口货物的单位和个人，均应按照《中华人民共和国增值税暂行条例》及实施细则缴纳增值税。

1184

KRONFISCH

TOTAL OUTFLOW

11647

DEBEMOS TENER EN CONSIDERACIÓN LAS SIGUIENTES:									
Nº DE MEDIDA	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMIDOR
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
231112196	CA	30.12.1998	11.881,00	26.01.2000	11.000,30	31	1.2000		231112196

Passageiros em milhares - maio 2002

Modalidade	Passageiros em milhares	%
Avião	1.000	13,00
Navio	126,61	0,05
Ônibus	120,28	1,64
Taxi	10,00	0,13
Tramviação	10,00	0,13
Metropolitano (Bônus)	10,00	0,13
Portos de Estágio	10,00	0,13
Escorregador Rolante	10,00	0,13
Túneis	10,00	0,13
Total	7.680,00	100,00

[illegible]

ATENÇÃO: A FOLHA DE TRABALHO TEM DOZE PÁGINAS. NÃO SE DESANIME!

PAINE 16145 DISTOSSE 16145 CUL. REX. CHIE

Varianza	Discrepanza	Valore	Varianza	Discrepanza	Valore
0,00150	0,00100	104,24	0,00120	0,00100	112,05

[illegible][illegible]

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 06.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 23085198-0



COSERN
www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligação Grátis:
-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 Grátis de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

VERONICA PAULINA DE SOUZA
CPF: 009.411.194-40 NIS: 18067921890

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV SOUZA MACHADO 80

CENTRO/ÁREA URBANA
59675-000 GROSSOS 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
02/04/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
28/03/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
26/03/2020

MÓDULO DA NOTA FISCAL
039845688

Série: U

CONTA CONTRATO
000627150016

Nº DO CLIENTE
3000869230

Nº DA INSTALAÇÃO
0000289085

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico

RESERVO AO FISCO

8B39.D2DA.BE66.E844.0CEA.C9C6.5DE2.CFDE

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10568875	3,17
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	64,00	0,18117216	11,59
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,11512324	3,45
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	64,00	0,1976413	12,63
ICMS-Precisa Subvencionada			5,58
Multa por atraso-NF 038338437 - 27/02/20			0,67
Juros por atraso-NF 038338437 - 27/02/20			0,70
TOTAL DA FATURA			37,12

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
30,84	18,00	5,55	30,84	1,02	0,31
			30,84	4,71	1,45

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,09568875
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18117216
Consumo-TE até 30 kWh	0,08764130
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,10568875

HISTÓRICO DO CONSUMO

MÊS	CONSUMO (kWh)
MAR 20	94
FEV 20	81
JAN 20	88
DEZ 19	90
NOV 19	83
OUT 19	80
SET 19	77
AGO 19	84
JUL 19	86
JUN 19	82
MAI 19	81
ABR 19	84
MAR 19	88

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	IM	%
Geração de Energia	78,46	37,22
Transmissão	1,27	4,12
Distribuição (Cosern)	7,28	25,86
Energias Perdas	0,00	2,18
Perdas de Energia	7,31	23,70
TOTAL	2,14	5,94

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

VALOR DO MÊS ANTERIOR	VALOR DO MÊS ATUAL	VARIAÇÃO
0079878	0079878	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LETURA: 29/04/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
REC-Modo Normal com Energia	GROSSO	0,00	5,34	10,62	21,25
REC-Modo Normal sem Energia		0,00	3,02	6,04	12,08
REC-Modo Normal com Interrupção Contínua		0,00	3,02	6,04	12,08
REC-Duração da Interrupção em dias críticos					
REC-Valor de Interrupção em R\$					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você (atendimento presencial) ou no site www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
No caso de pagamento em espécie, a Nota Fiscal/Fatura em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Pague, em atraso, multa de 2% (Lei 10.438/02) e juros de 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no mês seguinte.
O Cliente é responsável quando não descumprimento da prazo definido para o padrão de atendimento comercial.
Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse: saude.gov.br/coronavirus

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESCRIÇÃO

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000627150016	03/2020	0,00	02/04/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

23/04/2020 13:05



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Alves Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 913.116.084 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Juliano Alves Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 288.885.884 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura envolvido da Vítima Juliano Alves Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 288.885.884 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins 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 <u>TV Souza Machado</u>		Número <u>80</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>Crassol</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59675-000</u>
Email <u>Recuso</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(84) 999538106</u>	Telefone celular (DDD)

Crassol 02 de Setembro de 2020
Local e Data

Jose Alves Rodrigues
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE GROSSOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL FLAVIANA JACINTA



REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

DATA DE ATENDIMENTO: 21/05/2020
HORA: 16:48

RECEPCAO

NOME: JULIANA ALVES DOS SANTOS
CARTÃO DO SUS: 308.10589166933 DATA DE NASCIMENTO: 24/05/1962
ENDEREÇO: RUA SANTA CRUZ
NOME DA MÃE:

ACOLHIMENTO

QUEIXA CLÍNICA: Queda de membros apresentando dor na
de joelho direito em pos. com o joelho dobrado, a mais
de 20 minutos. Rompimento de tendão?

P.A.(MMHG): 120x70
F.C.(BPM):
FR.(RPM):
SAT(%O2):
HGT(mg/dl):
TEMPERATURA(°C):
PESO(Kg):

HIPERTENSÃO ☐ SIM ☐ NÃO
DIABETES ☐ ☐
ALERGIAS MEDICAMENTOSAS ☐ ☒
QUAIS:
INTERNAÇÃO ANTERIOR ☐ ☐
MOTIVO E LOCAL:

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

CONSULTA MÉDICA

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO

EXAMES SOLICITADOS

☐ HEMOGRAMA ☐ SUMÁRIO DE URINA ☐ ECG ☐ RADIOGRAFIA:

OUTROS:

☐ MEDICAÇÃO + OBSERVAÇÃO
☐ ENCAMINHAMENTO ESPECIALIDADE
☐ SAIU À REVELIA
☐ RETORNAR ATÉ 24H PARA REAVALIAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO; DESTINO
☐ TRANSFERIDO; HORA DA 1ª REGULAÇÃO: HORA

ASSINATURA DO PROFISSIONAL



[illegible]



RECEITUÁRIO

Julimar Alves dos Santos
Declaração

Declaro para os devidos fins
que o paciente Julimar Alves
dos Santos, 58 anos, foi vítima
de acidente de moto na data
de 21/05/2020, mas encaminhado
ao hospital de referência
Terezião Maia como queda da
própria altura, como erro de
manuseio na folha de transferência.

05/08/2020

Secretaria Municipal de Saúde de Grossos-RN



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

OK

Paciente: 61107 - JULIMAR ALVES DOS SANTOS (57 a 11 m 28 d)

Nascimento: 24/05/1962

Natural: GROSSOS.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708108531166933

CPF: 28888588434

Prof:

Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS

Pai: JOSE ALVES PEREIRA DOS SANTOS

Logradouro: SANTA CRUZ, 6

Bairro: COQUEIROS

Cidade: GROSSOS

Telephone: 84.981206009

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - PRÓPRIA ALTURA

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

JOBS:**Classificação:**

PESO:

21/05/2020 17:48:33

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PCT DE GROSSOS REGULADO POR JOAO FIRMINO (SIC ENCAMINHAMENTO); POR TRAUMA EM JOELHO DIREITO. QUEIXA DE DOR LEVE.

Dt e Hora:

AX PITCH
G. 1000 11' 11/12 1/2

Diagn. Inicial:

Assin:

[illegible]

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

CID Proc. Data: / /20. Hr: : Médico:

^aGerado via SX por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 21 de Maio de 2020.

Assiner e

Carimbart





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50

Atendimento	1227575
Data:	29/05/2020
Hora:	6:55

BOLETIM DE ADMISSÃO

Nº AII
ANDERSONEP

456133 - JULIMAR ALVES DOS SANTOS

OUTROS - Sexo: MASCULINO - 24/05/1962 - 58 A, 5 D

CPF: 288.885.884-34

RG: 539675

CNS: 708108531166933

Convênio: SUS

Leito: 206-01

Enfermaria: 206 - AP 206

Endereço: SANTA CRUZ, Nº 6 - CEP: 59675-000

Bairro: COQUEIROS

Cidade: Cód.: 2404408 - GROSSOS/RN

Profissão:

Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Pai: JOSE ALVES PEREIRA DOS SANTOS

Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS

Naturalidade: GROSSOS - RN

Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: JULIMAR ALVES DOS SANTOS

Procedimento Solicitado: 0408050527-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIX - 9999 - CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Acomodação:

Médico: 7406 - DIEGO ARIEL DE LIMA

Carteira:

Validade: 30/12/1999

Autorização:

Senha:

Guia:

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido:

História Clínica

Emprego 3 pontos de fixação

Alta 30/05

BGG + PAINEL, BGG de Srv. 0000

→ Carla Jaiara Gomes dos Santos

Diagnóstico Provável

RESPONSÁVEL

DIEGO ARIEL DE LIMA





HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: LIVIA ALVES DA SILVA
Idade: 38 Data: 29/02/20
Convênio: SUS

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: _____
2. Cirurgia Secundária: _____
3. Cirurgião: Dr. Diógenes Figueiredo CRM: _____
1º Auxiliar: Dr. Diógenes Figueiredo CRM: _____
2º Auxiliar: _____ CRM: _____
Enfermeiro(a): _____ COREN: _____
4. Anestesista: _____ CRM: _____
5. Instrumentador: _____ COREN: _____

6. Tecido removidos: ☐ Não ☐ Sim Especificar: _____
7. Anátomo Patológico: ☐ Não ☐ Sim
Laudo: ☐ Maligno ☐ Benigno Dr.: _____
8. Classificação da Cirurgia: ☐ Limpa ☐ Potencialmente contaminada
☐ Contaminada ☐ Infectada
9. Contaminação Intra-operatória: ☐ Não ☐ Sim
10. Programação: ☐ Eletiva ☐ Urgência ☐ Emergência
11. Trauma: ☐ Não ☐ Sim Data: _____ Hora: _____
12. Infecção atual em outro Sistema: ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____
13. Drenos: ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____
14. Prótese (s): ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____
15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso

Assinatura Cirurgião: Dr. Diógenes Figueiredo CRM: 0773
Data: 29/02/20
Para anestesia local, informar: _____
Hora do início do procedimento: _____ Hora do término do procedimento: _____

Dr. Diógenes Figueiredo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 0773



1. Preparar em DDH 8B ANTERIOR
2. ASSESSAR + ANTERIOR
3. Colocar nos locais cirúrgicos
4. fazer em todo o corpo do corpo
5. **D** Bateria por placas
6. Visão da fratura
7. Reduzir a fratura da fratura
8. Lavagem da fratura da fratura
9. Colocar a Bateria de dentes em
10. sistema por placas
11. Transmissão
12. Lavagem

Dr. Diogenes Freiredo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.473





HOSPITAL
WILSON ROSADO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: PAULINA ALVES DOS SANTOS Idade: 58
Reg. Geral: 436138 Convênio: SUS Unidade/Leito: 206-01
Clínica: ORTOPEDIA Data: 27/01/20

Evolução Médica

Submetido a fixação da
fratura da patela com encondroplastia

Prescrição Médica

Aprazamento

- 1) DIETA OML LUNAR ALTA KPA
- 2) ST, 5%. S.O. e 12/122 - 28 08
- 3) DIL. 1000 1 AM + AD 14:30 - 28 02 08
- 4) GLUC. 1000 1 AM + AD 18:00 - 28 02 08
- 5) ANAL. 500 1 AM + AD 18:00 - 28 02 08
- 6) ANAL. 400 1 AM + AD 18:00 - 28 02 08
- 7) CEFTRIAX. 1g 14:30 - 28 02 08
- 8) SSN + CCGH
- 9) OBS. PÓS-OP. DE M.M. IT

Medicação administrada por:

M

30/01/20

T. M. F. + A. N. F. A. L. A.

Dr. Gustavo J. Soares
Ortopedia e Traumatologia



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
CNPJ: 35.650.324/0001-50
MOSSORÓ/RN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

1227575 - JULIMAR ALVES DOS SANTOS

Data da internação: 29/05/2020 - 06:55:00

Sexo: F

Idade: 58 A, 5 D

Convênio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-01

29/05/2020

Hora PA Temp FC FR Glicemia

Assinatura

07:10:00 ADMITO PACIENTE NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 58 ANOS, PROVENIENTE DE SUA RESIDÊNCIA, EM CADEIRA DE RODAS, ACOMPANHADO DE MAQUIEIRO E FAMILIAR. PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA, COM TALA IMOBILIZADORA. NEGA: HAS+DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. RECEBO CONSCIENTE, ORIENTADO, EM TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM AR AMBIENTE EM JEJUM PARA CIRURGIA. AOS 8:50V, NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEÚA, EM AA, AGIADOTICA, ANTIÉTRICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E PRESENTES. LIVRE DE EDEMAS, SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATORIA. FOI PUNÇIONADO EM AVP, VIABILIZANDO HV, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUIE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. PACIENTE TOMOU BANHO COM CLOREXIDINA DEREGMANTE. AGUARDA CIRURGIA.

JEMIMA
MEDEIROS DE
PAULA
(ENFERMEIRANDA)

Livia Karina Freitas da Silva
Livia Karina Freitas da Silva
CPF: 08.045.412/4
CNPJ: 35.650.324/0001-50
2023.03.03





HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 290
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel.: (84) 3318-9000

Page 1 of 1

1227575 - JULIMAR ALVES DOS SANTOS

Data da internação: 29/05/2020 - 06:55:00 Sexo: F Idade: 58 A, 5 D
Convênio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-01

29/05/2020

Anotação

11:54:34

PACIENTE SENDO TRANSENERDO DO POSTO 02 PARA O C.C. INDU SOB MACA ACOMPANHADO DE MACQUEIRO E FAMILIAR. - PA: TAX: 0,00e F.C.:0

Técnico(a)

LUANA KARINY FELIX
DA SILVA

Assinatura

Luana Kariny Felix da Silva
Téc. e Enfermeiro
COREN-RN 1194660

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Julimar Alves dos Santos Idade: 53 Registro: 456133
Setor: C.C. Médico: Gustavo Enferm./Leito: 03

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
29/05/20	12:05	Recebeu no UO, paciente pós-operatório de cirurgia, 53 anos, para realização de procedimentos cirúrgicos futuros, sob cuidados por fix, mesa HAS, DN, alergia, medicação, com antecedente, orientado, verbalizando, em O2 ambiente, dieta zero, fono simétrico, com boa expirabilidade, todos, glabros, in-ferior a pal-para, AUP em MSE em HU de UO, diurese presente 1x por-temperante, sem presença de edema, MID embolado, UO com o auxílio de máquina com lista, no momento não houve orientações, orientações, exames, histórico, higienizado, expirado, afebril, normoten-são, normocoríntico. ———	Fabiana Barros de Oliveira Téc. de Enfermagem CRP 502.772
29/05/20	14:00	ptº recebido no S.O. ———	
	14:10	juízo de consciência	
		qualquer tipo P/Ori Paulo	
		P/Ori monitorizado.	
	14:20	juízo de consciência e/	
		Ori Paulo + Equip. ———	
	15:30	Terminou da cirurgia,	
		realizado o curativo, e/	
		intubação orotraqueal	
		P/Ori Paulo ficou em E.O. ———	
29.05.20	15:40	recebeu P/Ori Paulo no S.O. em UO, em UO, S.O. sob exp. anestésico, noq, orientado e	
		intubado em O2 ambiente, sig	
		lu, nos cuidados da Equipe ———	Luciana Silva Duarte COREN RN 317.203-TE



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 18/02/2021 08:48:13

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021808481297300000062727989>

Número do documento: 21021808481297300000062727989



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSCORA/RN - 59611-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

TEL: (84) 3318-9000

Page 1 of 1

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

122575 - JULIMAR ALVES DOS SANTOS

Data da internação: 29/05/2020 - 06:55:00

Convenio: SUS

Sexo: M

Idade: 58 A,5 D

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-01

29/05/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

BARBARA LIGIA
MIGUEL DA COSTA

Barbara Ligia Miguel da Costa
Téc. Enfermagem
COREN - RN 1371060

17:30:0X

RECEBO PACIENTE DO SEXO MASCULINO, COM 58 ANOS DE IDADE, PROVENIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO EM MACA ACOMPANHADO DE MAQUETEIRO, POS OPERATORIO DE FRATURA DE PATELA POR FIXAÇÃO, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO EM O2 AMBIENTE, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, ACEITA DIETA VIA ORAL, COM ACESSO VENOSO PERIFÉRICO VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO VENOSA + TERAPIA MEDICAMENTOSA. AOS EXAMES: AFEERIL, NORMOTENSO, NORMOCARDIO E EUPNEICO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES (SIC). SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO. - PA:120x80 TAX: 35,00% F.C:87 F.R.: 20 Glicemia: 0 PVC: 0 Sat. O2: 98 FIO2: 21 Ventilação: AA Declitro:

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
CNPJ: 35.650.324/0001-60
MOSSORO/RN

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

1227575 - JULIMAR ALVES DOS SANTOS

Data da Internação: 29/05/2020 - 06:55:00 Sexo: M Idade: 58 A, 5 D

Convenio: SUS Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-01

Page 1 of 1

30/05/2020

Profissional

Assinatura

0:00	Pa: Temp: 0; FC: 0; FR: 0; Glicemia: 0; PVC: 0; PAM: 0; Sat: O ₂ : 0; Fi: O ₂ : 0; Ventilação: ; Deuóbito: REALIZADO IRAMAL EM SF EV CONFORME PRESCRIÇÃO	FRALIMA	Maria Frailma de Moura Téc. Enfermagem COREN-RN 555674
2:00	Pa: Temp: 0; FC: 0; FR: 0; Glicemia: 0; PVC: 0; PAM: 0; Sat: O ₂ : 0; Fi: O ₂ : 0; Ventilação: ; Deuóbito: REALIZADO DIPIRONA COM ABD EV E CEFALOTINA 1G COM ABD EV CONFORME PRESCRIÇÃO	FRALIMA	Maria Frailma de Moura Téc. Enfermagem COREN-RN 555674
6:00	Pa: Temp: 0; FC: 0; FR: 0; Glicemia: 0; PVC: 0; PAM: 0; Sat: O ₂ : 0; Fi: O ₂ : 0; Ventilação: ; Deuóbito: REALIZADO CURATIVO EM F.OI	FRALIMA	Maria Frailma de Moura Téc. Enfermagem COREN-RN 555674
29/05/2020	Pa: 120/80; Temp: 36,6; FC: 80; FR: 20; Glicemia: 0; PVC: 0; PAM: 0; Sat: O ₂ : 0; Fi: O ₂ : 0; Ventilação: ; Deuóbito: RECEBEMOS PACIENTE DO SEXO MASCULINO PÓS CIRÚRGICO CONSCIENTE EM O2 AMBIENTE COMUNICATIVO SSVA/FEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSO, COM ANP, SEM QUEIXAS ATÉ O MOMENTO, SEM EDEMAS, SEGUE AOS CUIDADOS PLANTONISTA, COLOCADO SF 500 ML EV, DIPIRONA COM ABD EV E CEFALOTINA 1G COM ABD EV CONFORME PRESCRIÇÃO	FRALIMA	Maria Frailma de Moura Téc. Enfermagem COREN-RN 555674



ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1227575 - JULIMAR ALVES DOS SANTOS

Data da internação: 29/05/2020 - 06:55:00 Sexo: M Idade: 58 A,5 D
Convenio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-01

30/05/2020		Anotação	Técnico(a)	Assinatura
08:00:00	RECEBO PACIENTE, CONCIENTE, ORIENTADO, AVP MSE, VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO, POS TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA, NORMOTENSO, NORMOCARDIO, EUPNEICO, AFEBRIL, O2 AMBIENTE, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, ADM DIPIRONA + TRAMAL + CERALOTINA EV E SEGUJE AOS CUIDADOS DA EQUIPE. - PA: 120/80 TAX: 35,30% F.C.: 78 F.R.: 20 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 99 Fi O2: 0 Ventilação: AA Decúbito:		ANDREIA BEZERRA DE FREITAS	Andreia Bezerra de Freitas Téc. Enfermagem COREN - RN 1176709
12:30:00	PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR, APRESENTOU MELHORAS DE SEU QUADRO CLÍNICO, RETIRADO ACESSO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:		ANDREIA BEZERRA DE FREITAS	Andreia Bezerra de Freitas Téc. Enfermagem COREN - RN 1176709

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
CNPJ: 35.650.324/0001-50
MOSSORO/RN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1227575 - JULIMAR ALVES DOS SANTOS

Data da internação: 29/05/2020 - 06:55:00 Sexo: M
Convênio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 208-01

Page 1 of

30/05/2020

Hora PA Temp FC FR Glicemia

11:29:00	PACIENTE NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 58 ANOS. PÓS PROCEDIMENTO DE FRATURA DA PATELA, COM TALA IMOBILIZADORA. RECEBO CONSCIENTE, ORIENTADO, EM TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM AR AMBIENTE EM JEJUM PARA CIRURGIA. AOS SSV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEÚICA, EM AA, ACIANÓTICA, ANICÉTERICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICAIS PRESENTES. LIVRE DE EDEMAS. SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATÓRIA. FOI PUNÇIONADO EM AVP, VIABILIZANDO HV. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.				AZARIENE COSTA DA SILVA	Assinatura  Azariene Costa da Silva Enfermeira COREN - RN 146279
----------	---	--	--	--	-------------------------	---

Sigeh - Sistema para Gestão Hospitalar



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
TEL: (84) 3318-9000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

122575 - JULIMAR ALVES DOS SANTOS

Data da internação: 29/05/2020 - 06:55:00 Sexo: M Idade: 58 A,5 D
Convenio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-01

30/05/2020

Anotação

13:00:00	APOS AVALIAÇÃO MÉDICA PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR. FOI RETIRADO AVP SAI EM CADEIRA DE RODAS ACOMPANHADO DE MAQUEIRO E FAMILIAR. - PA: TAX: 0,00e F.C.: 0 F.R.: 0 glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	MAQUEIRO E	BARBÁRA LIGIA MIGUEL DA COSTA	 Barbara Ligia Miguel da Costa Téc. Enfermagem COREN - RN 137480
----------	--	------------	-------------------------------	--





HOSPITAL
WILSON ROSADO

PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Paciente: Juliano Almeida Santos

Clínica: ☒ C. ☐ C.

Entf.:

Leito: 03

Cuidados Especiais:

[illegible]

Visto Enfermeiro





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Rua: Pedro Velho, 250
Mossoró-RN - 59.611-010
• Telefone: (84) 3318-9000

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE
LIVIA A DO CARO FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO
(horas) NECESSITANDO DE 30
(horas) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS.

CID: 582

Dr. Livia A. do Caro
Médico
CRM 123456

MOSSORÓ - RN, 30/09/20



ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

1227575 - JULIMAR ALVES DOS SANTOS

Page 1 of 1

Data da internação: 29/05/2020 - 06:55:00 Sexo: M Idade: 58 A, 5 D
Convenio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-01

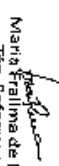
30/05/2020

Profissional

Assinatura

07:00 Par.: Temp.: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O₂: 0, Fi. O₂: 0, Ventilação: 0, Decúbito: REALIZADO TRAMAL EM SF EV CONFORME PRESCRIÇÃO

FRALMA


Maria Frailma de Moura
Téc. Enfermagem
COREN-RN 565674

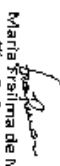
2:00 Par.: Temp.: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O₂: 0, Fi. O₂: 0, Ventilação: 0, Decúbito: REALIZADO DIPIRONA COM ABD EV E CEFALOTINA 1g COM ABD EV CONFORME PRESCRIÇÃO

FRALMA


Maria Frailma de Moura
Téc. Enfermagem
COREN-RN 565674

6:00 Par.: Temp.: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O₂: 0, Fi. O₂: 0, Ventilação: 0, Decúbito: REALIZADO CURATIVO EM F.OI

FRALMA


Maria Frailma de Moura
Téc. Enfermagem
COREN-RN 565674

29/05/2020

20:00

Par.: 120/80, Temp.: 36,6, FC: 80, FR: 20, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O₂: 0, Fi. O₂: 0, Ventilação: 0, Decúbito: RECEBEMOS PACIENTE DO SEXO MASCULINO, PÓS CIRÚRGICO CONSCIENTE EM O2 AMBIENTE COMUNICATIVO SSV-A-FEBRIL-EUPNEICO, NORMOTENSO, COM AVP, SEM QUEIXAS ATÉ O MOMENTO, SEM EDEMAS, SEQUE AOS CUIDADOS PLANTONISTA, COLOCADO SF 500 ML EV, DIPIRONA COM ABD EV E CEFALOTINA 1g COM ABD EV CONFORME PRESCRIÇÃO

FRALMA


Maria Frailma de Moura
Téc. Enfermagem
COREN-RN 565674



HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel.: (84) 3218-9000

Page 1 of 1

1227575 - JULIMAR ALVES DOS SANTOS

Data da internação: 29/05/2020 - 06:55:00 Sexo: F Idade: 58 A,5 D
Convênio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-02

29/05/2020

Anotação

11:54:14

PACIENTE SENDO TRANSFERIDO DO POSTO 02 PARA O C.C. INDU SOB MACA ACOMPANHADO DE MAQUEIRO E FAMILIAR. - Pa: TAX: 0,00% F.C.:0
F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PA: 0 Sat. O₂: 0 F.O₂: 0 Ventilação: Decúbito:

Técnico(a)

LUANA KARINY FELIX
DA SILVA

Assinatura

LUANA KARINY FELIX DA SILVA
CPF: 031.115.488-00

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

- 1) Preparar em DDH 8B ANTES DO
- 2) ASSESSAR + ANTES DO
- 3) Colocar nos pontos cirúrgicos.
- 4) fazer em, fazer mais de 1000g
- 5) Borden por placas
- 6) Visão da fratura
- 7) Reduzir a fratura da fratura
- 8) Lavagem da fratura da fratura
- 9) Colocar a BORDA DO DENTRO EM
- 10) 8
- 11) Sistema por placas
- 12) Fraturas
- 13) Curativos

Dr. Diogenes Figueiredo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.000





Paciente: Helimir Alves dos Santos

Clínica: C. C. ✓

Enf.;

Leito:

03

Cuidados Especiais:

Visto Enfermeiro





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
CNPJ: 35.650.324/0001-50
MOSSORO/RN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1227575 - JULIMAR ALVES DOS SANTOS

Data da internação: 29/05/2020 - 06:55:00 Sexo: M Idade: 58 A, 5 D
Convênio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-01

30/05/2020

Hora PA Temp FC FR Glicemia

Assinatura

11:29:00

PACIENTE NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 58 ANOS, PÓS PROCEDIMENTO DE FRATURA DA PATELA, COM TALA IMOBILIZADORA. RECEBO CONSCIENTE, ORIENTADO, EM TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM AR AMBIENTE, EM JEJUM PARA CIRURGIA. AOS SSVV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEICA, EM AA, ACIANÓTICA, ANICTÉRICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PÚPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICAIS PRESENTES, LIVRE DE EDEMAS. SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATÓRIA. FOI PUNÇIONADO EM AVP, VIABILIZANDO HV. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUIE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

AZARIENE COSTA
DA SILVA


Azariene Costa da Silva
Enfermeira
COREN - RN 446279



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: ULIANA ALVES DE SAUS
Idade: 38 Data: 29.07.20
Convênio: SUS

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: _____
2. Cirurgia Secundária: _____
3. Cirurgião: Dr. Diógenes Figueiredo CRM: _____
1º Auxiliar: Dr. Diógenes Figueiredo CRM: _____
2º Auxiliar: _____ CRM: _____
Enfermeiro(a): _____ COREN: _____
4. Anestesiista: _____ CRM: _____
5. Instrumentador: _____ COREN: _____

6. Tecido removidos: ☐ Não ☐ Sim Especificar: _____
7. Anátomo Patológico: ☐ Não ☐ Sim
Laudo: ☐ Maligno ☐ Benigno Dr.: _____
8. Classificação da Cirurgia: ☐ Limpa ☐ Potencialmente contaminada
☐ Contaminada ☐ Infectada
9. Contaminação Intra-operatória: ☐ Não ☐ Sim
10. Programação: ☐ Efetiva ☐ Urgência ☐ Emergência
11. Trauma: ☐ Não ☐ Sim Data: ____/____/____ Hora: ____:____
12. Infecção atual em outro Sistema: ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____
13. Drenos: ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____
14. Prótese (s): ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____
15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso

Assinatura Cirurgião: Dr. Diógenes Figueiredo CRM: 0773
Data: 29.07.20
Para anestesia local, informar: _____
Hora do início do procedimento: _____ Hora do término do procedimento: _____

Dr. Diógenes Figueiredo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 0773



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

1227575 - JULIMAR ALVES DOS SANTOS

Data da internação: 29/05/2020 - 06:55:00

Sexo: F

Idade: 58 A, 5 D

Convênio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-01

29/05/2020

Hora PA Temp FC FR Glicemia

Assinatura

07:10:06	ADMITO PACIENTE NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 58 ANOS, PROVENIENTE DE SUA RESIDÊNCIA, EM CADEIRA DE RODAS, ACOMPANHADO DE MAQUEIRO E FAMILIAR. PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA, COM TALA IMOBILIZADORA. NEGÁ: HAS+DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. RECEBO CONSCIENTE, ORIENTADO, EM TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM AR AMBIENTE EM JEJUM PARA CIRURGIA. AOS \$SYV: NORMOCARDÍACO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEICA, EM AA, ACUANÓTICA, ANTERIO, COM PERUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICAIS PRESENTES, LIVRE DE EDEMAS. SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATÓRIA. FOI PUNÇIONADO EM AVP, VIABILIZANDO HV, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUI AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. PACIENTE TOMOU BANHO COM CLOREXIDINA DEREGMANTE. AGUARDA CIRURGIA.	JEMIMA MEDEIROS DE PAULA (ENFERMEIRANDA)	 Livia Karina Freitas da Silva Enfermeira CNPJ: 35.650.324/0001-50
----------	---	---	--





HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Juliano Alves dos Santos Idade: 58 Registro: 456133
Setor: C.C. Médico: Gustavo Enferm./Leito: 03

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
29/05/20	12:05	Recado no CC, paciente para exames, 58 anos, para realizar procedimentos cirúrgicos futuros. Ob. fletos por fix., neg. HAS. DM, doença mitral, com paciente, orientado, verbalizado, em O2 ambiente, dieta zero, tórax simétrico, com boa expansibilidade, shokman indolente a palpacão, AVE em NSE em HU em via, diurese presente 1x por 10 minutos, sem prurido de edema, MID ambiguo, Uro com o auxílio do aparelho em lista; no momento não houve alterações, ouvidos, corado, hidratação, higienizado, respiração, afebril, normotensão, normocárdico. ---	Fabiana Dornas de Oliveira Téc. de Enfermagem COREN 562272
29/05/20	14:00	pt. recebido no S.O. ---	
	14:10	juízo de anestesia para fto R/Oi Paulo e 1 pt monitorizado. ---	Estéfano Téc. de Enfermagem TEL 622
	14:20	juízo de cirurgia e 1 Oi Diógenes + Equipe. ---	Estéfano Téc. de Enfermagem TEL 622
	15:30	Termino da cirurgia, realizada aortotomia, 1/ intervenção retrograda R/C Ro ficando em ab. ---	Estéfano Téc. de Enfermagem TEL 622
29.05.20	15:40	Recado Ret no no S.O. do S.O. em Uro, ainda sob epa anestesia rograda, paciente orientado em ambiente, seg lu, nos cuidados da Equipe. ---	Luciana Silva Duarte COREN RN 317.203-TE



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 18/02/2021 08:48:13

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021808481297300000062727989>

Número do documento: 21021808481297300000062727989



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.850.324/0001-50
Tel.: (84) 3318-9000

Page 1 of 1

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1227575 - JULIMAR ALVES DOS SANTOS

Data da internação: 29/05/2020 - 06:55:00

Sexo: M

Idade: 58 A,5 D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-01

30/05/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

08:00:00	RECEBO PACIENTE, CONCIENTE, ORIENTADO, AVP MSE, VIABILANDO HIDRATAÇÃO, POS TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA, NORMOTENSO, NORMOCARDIO, EUPNEICO, AFEBRIL, O2 AMBIENTE, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, ADM DIPIRONA + TRAMAL + CEFALOTINA EV E SEGUIE AOS CUIDADOS DA EQUIPE. - PA:120/80 TAX:35,30% F.C.:78 F.R.:20 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 99 FIO2: 0 Ventilação: AA Debito:	ANDREIA BEZERRA DE FREITAS	Andréia Bezerra de Freitas Téc. Enfermagem COREN - RN 1176709
12:30:00	PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR, APRESENTOU MELHORAS DE SEU QUADRO CLÍNICO, RETIRADO ACESSO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 FIO2: 0 Ventilação: Debito:	ANDREIA BEZERRA DE FREITAS	Andréia Bezerra de Freitas Téc. Enfermagem COREN - RN 1176709



[illegible]

MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

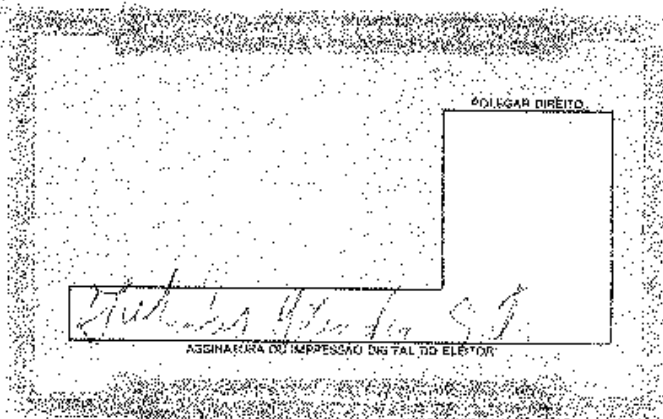
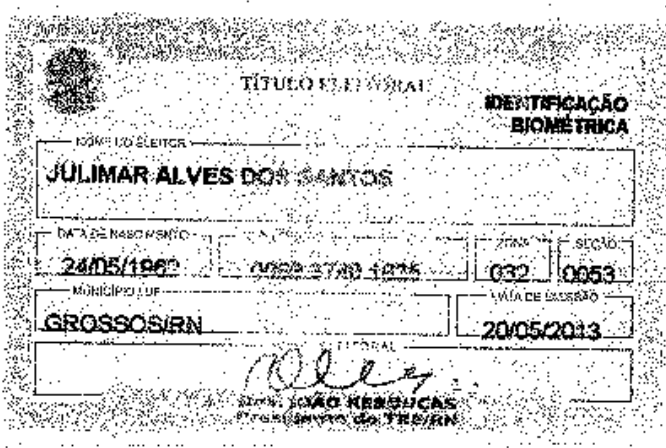
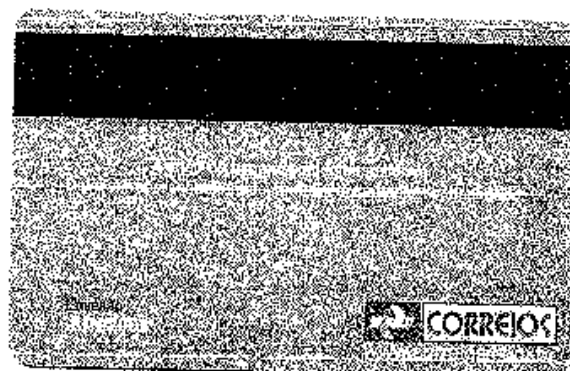
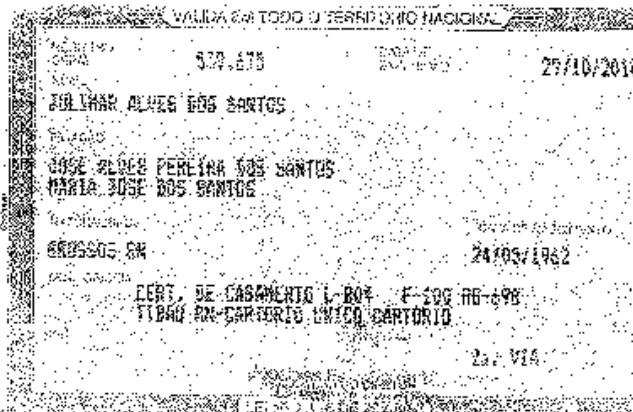
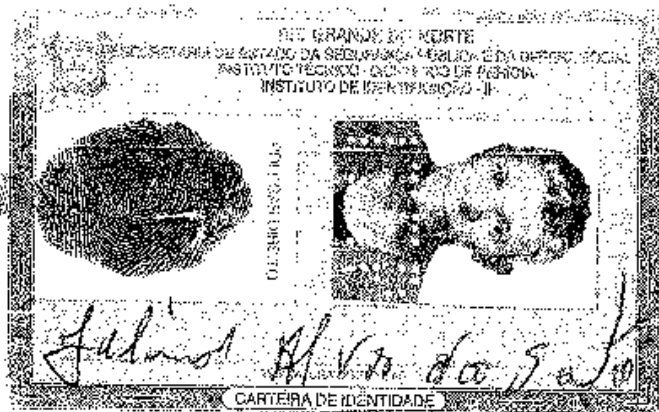
CPF - CADASTRO DE PESSOAS FISICAS

Nome
JOSE ALVES RODRIGUES

Nº de Inscrição **913116084-00** Data de Nascimento **10/01/75**







Vítima



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETROIM - RN Nº **6930205552**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

US 722064881 722064881 2000

ARTUR OLIVEIRA DOS SANTOS
R-EXP JOSE ROLLA, 8
CENTRO
59.675-800-GR05008/RN

CEP: 574-714-001 **MYF1696**
MYF1696/RN **PAT: 010-2227-06**

PASSEIRO/MOTOCICLETA/VAO AP: ICUEL CASOLING

HONDA/CG 125-1174N VB **2002** **5002**
600/124 CILINDRADAS **PARTICULAR 421**

1	RN	0	16/01/2000	PAGO
2				PAGO
3	PARCELAMENTO	PARCELAMENTO		PAGO
4	2223 3X	R3	888888	PAGO
5				PAGO
6				PAGO
7				PAGO
8				PAGO
9				PAGO
10				PAGO

DATA DE PAGAMENTO: 16/01/2000

MOTOR: JC36E12227606

GR05008/RN **20/11/2000**



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200318738 **Cidade:** Grossos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIMAR ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 21/05/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - BANDA DE TENSÃO. ALTA.
P 1/7*/8*/9*/10/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

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 MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



DECLARAÇÃO

EU Juliano Alves dos Santos
portador (a) da cédula de RG de N° 539.675 e
CPF 288.885.884-34 Declaro para Os devidos fins
que estive no Banco Caixa Econômica Federal
para regularizar minha conta Poupança de agência
3568, número 7873-4 para pode receber o
benefício da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Caracas, PAN 02 de Setembro de 2020

Juliano Alves dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCARIA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Juliano Alves dos Santos, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: Revisor, Data do Acidente 21-05-2020
Cobertura envolvida, portador(a) do RG 539.675, órgão expedidor
SSP RN e do CPF: 288.885.884-34 residente no(a)
Rua Santa Cruz nº 06,
bairro: Copacabana, município: Grassano / RN.

OUTORGADO:

Nome: Jose Alves Rodrigues, brasileiro(a)
estado civil: solteiro, Profissão: Revisor, portador(a) do RG
1549059, órgão expedidor SSP RN e do CPF: 923.226.084-00 residente
no(a) TV Souza Machado nº 80
bairro: Centro, município: Grassano / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Grassano / RN 02.09.2020
Local e Data

Juliano Alves dos Santos
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0250613/20

Vítima: JULIMAR ALVES DOS SANTOS

CPF: 288.885.884-34

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 21/05/2020

Titular do CPF: JULIMAR ALVES DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE ALVES RODRIGUES : 913.116.084-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JULIMAR ALVES DOS SANTOS : 288.885.884-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/09/2020
Nome: JOSE ALVES RODRIGUES
CPF: 913.116.084-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

JOSE ALVES RODRIGUES

THIARA VIRGINIA DA HORA

