



Medeiros Advocacia
Maria de Lourdes T. de Medeiros
MEDEIRO - DELEGADA
Bruno de Medeiros Oliveira
ADVOGADO - DELEGADO

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAÚJO, brasileira, viúva, aposentada Flávio de Oliveira, nº 10, da, portadora do RG nº 001.656.016- SSP/RN e CPF nº 007.706.364-38, residente e domiciliada à Rua Flávio de Oliveira, nº 10, bairro Alto da Conceição, Mossoró/RN. Telefone: 9 8738 5790.

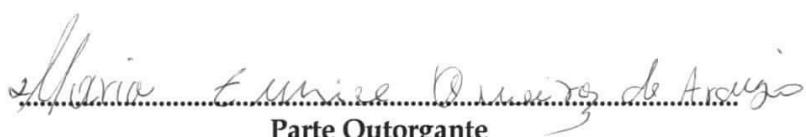
OUTORGADA:

MARIA DE LOURDES XAVIER DE MEDEIROS, brasileira, divorciada, Advogada inscrita na OAB/RN sob o nº 5.562, com escritório profissional situado na Rua Francisco Isódio, nº 82, 1º andar, Sala 100, Centro, Mossoró-RN.

PODERES:

Através do presente instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seus procuradores os **OUTORGADOS**, concedendo-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 do Código de Processo Civil, e os especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, vedado o recebimento de citação, podendo ainda receber intimações, receber e dar quitação, firmar compromisso, assinar declaração de hipossuficiência econômica, receber alvará, renunciar valores excedentes ao teto do juizado especial federal, praticar todos os atos perante repartições públicas federais, estaduais e municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, bem como substabelecer com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

Mossoró/RN, 26 de agosto de 2019.


Parte Outorgante

Rua Francisco Isódio nº 82, 1º andar, sl 100, Centro,
Mossoró-RN - Cep: 59.600-140

Fones: 84 3317-5956 | 3321-6576 | 9908-2291 | 8722-9682
belalourdes@uol.com.br | bruno_medeiros@hotmail.com





Assinado eletronicamente por: MARIA DE LOURDES XAVIER DE MEDEIROS - 04/09/2019 13:47:59
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090413475639800000046854308>
Número do documento: 19090413475639800000046854308

Num. 48461233 - Pág. 2



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, 08 de Abril de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190234271

Vítima: MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO

Data do Acidente: 15/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO

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 14160963





O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

Seguro DPVAT - Proteção para todos

www.seguradoralider.com.br

sabia +

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT



MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO
RUA FLÁVIO DE OLIVEIRA, 10
ALTO DA CONCEIÇÃO
CEP 59600-380 - MOSSORÓ - RN

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--------------------------|--|-----------------------------------|--|-------------------------------------|--|---|--|
| DEVOLUGA | | Seguradora Líder - DPVAT | | CAIXA POSTAL 40.970 | | CEP 20270-971 | | www.seguradoralider.com.br | |
| Responsável pela Informação | | Para uso dos correios | | Não Prosecrado | | Ausente | | Entregador | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Mandado | | <input type="checkbox"/> Recusado | | <input type="checkbox"/> Falcido | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Indiviso | | <input type="checkbox"/> Descoberto | | <input type="checkbox"/> Não existe o nº indicado | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Indiviso | | <input type="checkbox"/> Descoberto | | <input type="checkbox"/> Entregue | |

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 12 04
Entre em contato conosco



Assinado eletronicamente por: MARIA DE LOURDES XAVIER DE MEDEIROS - 04/09/2019 13:48:00
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090413475994900000046854316>
Número do documento: 19090413475994900000046854316

Num. 48461241 - Pág. 2



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, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190234271

Vítima: MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO

Data do Acidente: 15/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 143337112





DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br

B1618709851BR

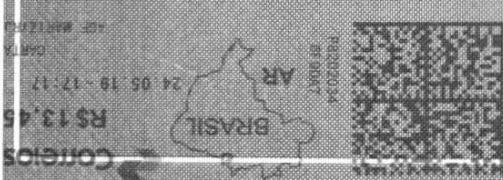


MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO
RUA FLAVIO DE OLIVEIRA, 10
ALTO DA CONCEIÇÃO
CEP 59600-380 - MOSSORÓ - RN

Administradora do Seguro DPVAT



Pag 00809/00810 - carta_03 - INVALIDEZ

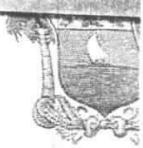




PRONTO SOCORRO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 38020 /2017

Admissão: 15/08/2017 21:22:15



CIRURGIA GERAL - AMARELO

++

Paciente: 34223 - MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO (68) a 3 m 7 d)

Nascimento: 08/05/1949 Natural: CAICO.BRASIL

Sexo: F Cor: SEM
INFORMACAO

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: BENIGNA CLOTIUDES

Pai:

Logradouro: CAJAZEIRAS, 43

CEP: 59071560

Bairro: CIDADE DA ESPERANÇA

Cidade: NATAL

Telefone: 84.988117484 84 988117484

Compl: CASA 5

Motivo: MOTO X PEDESTRE

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 15/08/2017 21:18:28

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FiO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | F |
|-------|------|-----|-------|------|------|------|-------|---------|---|
| 21:30 | | | 97% | | 28 | 78 | | 15 | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ATROPELAMENTO/TR.FACIAL/CERVICAL

Hora: 21:30 Boletim de atropelamento na perna esquerda no momento da ocorrência; Ponto de corte, não houve ferida de corte.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A US pélvis e sacrocolo cervical
B MVO bilateral
C coração, pulmão
D ECG IS, regras ópticas da parede, pulmões e coração, FST
E FOC em frontal (E)

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

ABD: liso, dor fixa.

| |
|------------------------------------|
| RAIOS-X |
| Realizado em: 15/08/17 Hora: 21:22 |

15/08/17 21:22

*Saída:



PRONTO SOCORRO

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 38020 /2017

Admissão: 15/08/2017 21:22:15



CIRURGIA GERAL - AMARELO

+/-

Paciente: 34223 - MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO (68) a 3 m 7 d)

Nascimento: 08/05/1949 Natural: CAICO.BRASIL

Sexo: F Cor: SEM
INFORMACAO

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: BENIGNA CLOTIUDES

Pai:

Logradouro: CAJAZEIRAS, 43

CEP: 59071560

Bairro: CIDADE DA ESPERANÇA

Cidade: NATAL

Telefone: 84.988117484 84 988117484

Compl: CASA 5

Motivo: MOTO X PEDESTRE

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 15/08/2017 21:18:28

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FiO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
|-------|------|-----|-------|------|------|------|-------|---------|-----|
| 21:30 | | | 97% | | 18 | 78 | | 15 | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ATROPELAMENTO/TR.FACIAL+CERVICAL

Hora: 21:30 Boceite vidente de atropelamento há poucas
semanas na rostro; Perde de consciênc, não lembra
deer do acidente.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vis pélvica e esófago cervical
B MVQ Biotrend,
C cossido, expreco,
D ECG IS, seer défis d'preels, suprassist. e tachicardia.
E FOC em frontal (E)

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

ABD: liso, Dors fixa.

| | |
|-------------------|------------------------------------|
| RAIOS-X | |
| *Saída: | Realizado em: 15/08/17 Hora: _____ |
| TOMOGRAFIA/INTENS | |
| 15/08/17 21:32 | |
| Pacient/ Pac | |

CADSUS WEB

Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde

Dados do Usuário

CNS: 705605426736812

CPF: 007.706.364-38

Data: 28/08/2017 10:49

Nome: MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO

Nome Social:

Nome da Mãe: BENIGNA CLOTILDES

Nome do Pai: AFONSO QUEIROZ DE OLIVEIRA

Data de Nascimento: 08/05/1949

Data de Óbito:

Tipo sanguíneo:

Raça/Cor: PARDA

Sexo: F

Etnia:

Nacionalidade: BRASILEIRA

País de Nascimento: BRASIL

Município de Nascimento: CAICO - RN

Data de Naturalização:

Portaria de Naturalização:

Data de Entrada no Brasil:

**Contatos**

Email Principal:

Email Alternativo:

CEP: 59.071-560

País de Residência: BRASIL

Município de Residência: NATAL - RN

Tipo de Logradouro: RUA

Nome do Logradouro: CAJAZEIRAS

Número: 05

Bairro: CIDADE DA ESPERANCA Complemento:

| Tipo de Telefone | DDD | Número |
|------------------|-----|-----------|
| CELULAR | 84 | 999716906 |

Documentos

DNV:

NIS/PIS/PASEP:

Identidade:

Órgão Emissor:

Data de Emissão:

UF:

Título de Eleitor:

Zona:

Seção:

Carteira de Trabalho:

Série:

Data de Emissão:

CNH:

UF:

Data de Emissão:

Passaporte:

País:

Data de Emissão:

Data de Validade:

Ministério da Saúde - MS

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEPE

Departamento de Informática do SUS - DATASUS


<https://cadastro.saude.gov.br/cadsusweb> - Emitido no site oficial do Cadastro Nacional de Usuários do SUS


CADSUS WEB

Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde

Dados do Usuário

CNS: 705605426736812

CPF: 007.706.364-38

Data: 28/08/2017 10:49

Nome: MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO

Nome Social:

Nome da Mãe: BENIGNA CLOTILDES

Nome do Pai: AFONSO QUEIROZ DE OLIVEIRA

Data de Nascimento: 08/05/1949

Data de Óbito:

Tipo sanguíneo:

Raça/Cor: PARDA

Sexo: F

Etnia:

Nacionalidade: BRASILEIRA

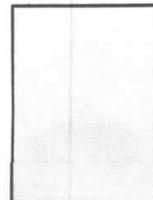
País de Nascimento: BRASIL

Município de Nascimento: CAICO - RN

Data de Naturalização:

Portaria de Naturalização:

Data de Entrada no Brasil:



Contatos

Email Principal:

Email Alternativo:

CEP: 59.071-560

País de Residência: BRASIL

Município de Residência: NATAL - RN

Tipo de Logradouro: RUA

Nome do Logradouro: CAJAZEIRAS

Número: 05

Bairro: CIDADE DA ESPERANCA

Complemento:

| Tipo de Telefone | DDD | Número |
|------------------|-----|-----------|
| CELULAR | 84 | 999716906 |

Documentos

DNV:

NIS/PIS/PASEP:

Identidade:

Órgão Emissor:

Data de Emissão:

UF:

Título de Eleitor:

Zona:

Seção:

Carteira de Trabalho:

Série:

Data de Emissão:

CNH:

UF:

Data de Emissão:

Passaporte:

País:

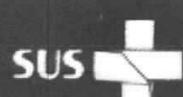
Data de Emissão:

Data de Validade:

Ministério da Saúde - MS

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP

Departamento de Informática do SUS - DATASUS


<https://cadastro.saude.gov.br/cadsusweb> - Emitido no site oficial do Cadastro Nacional de Usuários do SUS


CADSUS WEB

Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde

BRAS

Dados do Usuário

CNS: 705605426736812

CPF: 007.706.364-38

Data: 28/08/2017 10:49

Nome: MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO

Nome Social:

Nome da Mãe: BENIGNA CLOTILDES

Nome do Pai: AFONSO QUEIROZ DE OLIVEIRA

Data de Nascimento: 08/05/1949

Data de Óbito:

Tipo sanguíneo:

Raça/Cor: PARDA

Sexo: F

Etnia:

Nacionalidade: BRASILEIRA

País de Nascimento: BRASIL

Município de Nascimento: CAICO - RN

Data de Naturalização:

Portaria de Naturalização:

Data de Entrada no Brasil:

Contatos

Email Principal:

Email Alternativo:

CEP: 59.071-560

País de Residência: BRASIL

Município de Residência: NATAL - RN

Tipo de Logradouro: RUA

Nome do Logradouro: CAJAZEIRAS

Número: 05

Bairro: CIDADE DA ESPERANCA

Complemento:

| Tipo de Telefone | DDD | Número |
|------------------|-----|-----------|
| CELULAR | 84 | 999716906 |

Documentos

DNV:

NIS/PIS/PASEP:

Identidade:

Órgão Emissor:

Data de Emissão:

UF:

Título de Eleitor:

Zona:

Seção:

Carteira de Trabalho:

Série:

Data de Emissão:

CNH:

UF:

Data de Emissão:

Passaporte:

País:

Data de Emissão:

Data de Validade:

Ministério da Saúde - MS
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGE
Departamento de Informática do SUS - DINF/SUS

SUS

Este documento serve para o cadastro web. É preciso ir ao site oficial do Cadastro Nacional de Usuários do SUS.

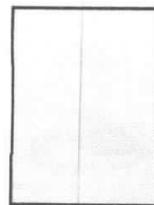


CADSUS WEB

Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde

Dados do Usuário

CNS: **705605426736812** CPF: **007.706.364-38** Data: **28/08/2017 10:49**
 Nome: **MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO**
 Nome Social:
 Nome da Mãe: **BENIGNA CLOTILDES**
 Nome do Pai: **AFONSO QUEIROZ DE OLIVEIRA**
 Data de Nascimento: **08/05/1949** Data de Óbito:
 Raça/Cor: **PARDA** Sexo: **F** Etnia:
 País de Nascimento: **BRASIL**
 Data de Naturalização:
 Data de Entrada no Brasil:



Contatos

Email Principal: Email Alternativo:
 CEP: **59.071-560**
 País de Residência: **BRASIL** Município de Residência: **NATAL - RN**
 Tipo de Logradouro: **RUA** Nome do Logradouro: **CAJAZEIRAS**
 Número: **05** Bairro: **CIDADE DA ESPERANCA** Complemento:

| Tipo de Telefone | DDD | Número |
|------------------|-----|-----------|
| CELULAR | 84 | 999716906 |

Documentos

| | | |
|-----------------------|-------------------|------------------|
| DNV: | NIS/PIS/PASEP: | |
| Identidade: | Orgão Emissor: | |
| Data de Emissão: | UF: | |
| Título de Eleitor: | Zona: | Seção: |
| Carteira de Trabalho: | Série: | Data de Emissão: |
| CNH: | UF: | Data de Emissão: |
| Passaporte: | País: | |
| Data de Emissão: | Data de Validade: | |



CADSUS WEB

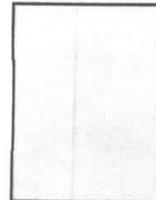
Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde

BRASIL

Dados do Usuário

CNS: 705605426736812 CPF: 007.706.364-38 Data: 28/08/2017 10:49
Nome: MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO
Nome Social:
Nome da Mãe: BENIGNA CLOTILDES
Nome do Pai: AFONSO QUEIROZ DE OLIVEIRA
Data de Nascimento: 08/05/1949 Data de Óbito:
Raça/Cor: PARDA Sexo: F Etnia:
País de Nascimento: BRASIL
Data de Naturalização:
Data de Entrada no Brasil:

Tipo sanguíneo:
Nacionalidade: BRASILEIRA
Município de Nascimento: CAICO - RN
Portaria de Naturalização:



Contatos

Email Principal: Email Alternativo:
CEP: 59.071-560
País de Residência: BRASIL Município de Residência: NATAL - RN
Tipo de Logradouro: RUA Nome do Logradouro: CAJAZEIRAS
Número: 05 Bairro: CIDADE DA ESPERANCA Complemento:

| Tipo de Telefone | DDD | Número |
|------------------|-----|-----------|
| CELULAR | 84 | 999716906 |

Documentos

DNV: NIS/PIS/PASEP:
Identidade: Orgão Emissor:
Data de Emissão:
UF:
Título de Eleitor:
Zona:
Carteira de Trabalho:
Série:
CNH:
UF:
Passaporte:
País:
Data de Emissão:
Data de Validade:

Ministério da Saúde - MS
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP
Departamento de Informática do SUS - DATASUS



<https://cadastro.saude.gov.br/cadsusweb> - Emitido no site oficial do Cadastro Nacional de Usuários do SUS



CADSUS WEB

Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde

BRAZ

Dados do Usuário

CNS: 705605426736812 CPF: 007.706.364-38 Data: 28/08/2017 10:49

Nome: MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO

Nome Social:

Nome da Mãe: BENIGNA CLOTILDES

Nome do Pai: AFONSO QUEIROZ DE OLIVEIRA

Data de Nascimento: 08/05/1949 Data de Óbito:

Raça/Cor: PARDA Sexo: F Etnia:

País de Nascimento: BRASIL

Data de Naturalização:

Data de Entrada no Brasil:

Tipo sanguíneo:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Município de Nascimento: CAICO - RN

Portaria de Naturalização:

Contatos

Email Principal:

CEP: 59.071-560

País de Residência: BRASIL

Tipo de Logradouro: RUA

Número: 05

Email Alternativo:

Município de Residência: NATAL - RN

Nome da Logradouro: CAJAZEIRAS

Bairro: CIDADE DA ESPERANCA Complemento:

| Tipo de Telefone | DDD | Número |
|------------------|-----|-----------|
| CELULAR | 84 | 999716906 |

Documentos

DNV:

NIS/PIS/PASEP:

Identidade:

Orgão Emissor:

Data de Emissão:

UF:

Título de Eleitor:

Zona:

Seção:

Carteira de Trabalho:

Série:

Data de Emissão:

CNH:

UF:

Data de Emissão:

Passaporte:

País:

Data de Emissão:

Data de Validade:

Ministério da Saúde - MS

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP

Departamento de Informática do SUS - DATASUS

SUS

<https://cadastro.saude.gov.br/cadsusweb> - Emitido no site oficial do Cadastro Nacional de Usuários do SUS



Assinado eletronicamente por: MARIA DE LOURDES XAVIER DE MEDEIROS - 04/09/2019 13:48:03
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090413480216600000046854324>
Número do documento: 19090413480216600000046854324

Num. 48461249 - Pág. 6

SUS - RN

U.I.S. CIDADE DA ESPERANÇA
Rua Pernambuco, s/nº
Foi S: 3232-8338/8337/8335
FICHA DE REFERÊNCIA



Unidade de Origem: _____ Município: _____
PACIENTE: João Henrique Querov Prontuário: _____
Endereço: _____
Idade: 68 Sexo: M F Ocupação: _____
Nome do Responsável: _____

Resumo Clínico:

DADOS CLÍNICOS

Osteoartrite da coluna (Fx clavícula B).
Dores crônicas

Resultado dos Exames: _____

Tratamento já Realizado: _____

Impressão Diagnóstica: _____ CID: _____

Médico

832

CRM

26 / 12 / 17

DATA

Encaminhamento para a Especialidade: _____ AGENDAMENTO: _____

Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____

Para o Dr. _____ às _____ horas do dia _____ / _____ / _____

SUS - RN**FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA**

Unidade Referenciada: _____ Município: _____

PACIENTE: _____ Prontuário: _____

Resumo Clínico: **ATENÇÃO PRESTADA**

Resultado dos Exames Realizados: _____

Diagnóstico: _____ CID: _____

Consulta: _____

Observações: _____

Médico

CRM

/ /

DATA



SUS - RN

U.I.S. CIDADE DA ESPERANÇA
Rua Pernambuco, s/nº
Fone: 3232-8338/8337/8335
FICHA DE REFERÊNCIA



Unidade de Origem: _____ Município: _____
PACIENTE: Maria Eunice Queror Prontuário: _____
Endereço: _____
Idade: 68 Sexo: M F Ocupação: _____
Nome do Responsável: _____

Resumo Clínico:

DADOS CLÍNICOS

*Ortezartrose da coluna / Fx clavícula (P).
Doenças crônicas*

Resultado dos Exames: _____

Tratamento já Realizado: _____

Impressão Diagnóstica: _____ CID: _____

8732

CRM

26 / 12 / 17

DATA

Encaminhamento para a Especialidade

AGENDAMENTO*on type de*

Consulta marcada para a Unidade _____ Município: _____

Para o Dr. _____ às _____ horas do dia _____ / _____ / _____

SUS - RN**FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA**

Unidade Referenciada: _____ Município: _____
PACIENTE: _____ Prontuário: _____

Resumo Clínico: **ATENÇÃO PRESTADA**

Resultado dos Exames Realizados: _____

Diagnóstico: _____ CID: _____

Consulta: _____

Observações: _____

CRM

/ /





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Nº do Cadastro/Prontuário:

CNS:

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Maria Lúcia Município:
Paciente: Maria Francisca Gomes Araújo
Endereço: Nome Lima 36 Santanna 23 Plimba
Idade: 68 Sexo: M() F() Ocupação:
Nome do Responsável:

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico: Consulta

Resultado dos Exames:
Tratamento já realizado:
Impressão Diagnóstica: Secundário
MEDICO _____ / _____ / _____
PROFISSIONAL 5595 DATA _____ / _____ / _____

AGENDADO

Encaminhamento para especialidade: Oftalmologista ortopedista
Consulta marcada para a unidade: _____ Município: _____
Para o Dr: _____ às _____ Horas do dia _____ / _____ / _____

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada: _____ Município: _____
Paciente: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo clínico:

Resultado de Exames Realizados:
Diagnóstico:
Conduita:
Observações:
PROFISSIONAL _____ / _____ / _____ DATA _____ / _____ / _____

Garantida a continuidade da assistência integral ao paciente (Prontuário Nº _____)



CENTRO CLINICO PROF. VINGT-UN ROSADO
PAM BOM JARDIM

NOME: José Eurídice Q
de Araujo

PRONTUÁRIO: 16-660

CNS: _____

**ATENÇÃO: TRAZER ESTA CARTEIRINHA PARA
ATENDIMENTOS MÉDICOS NESTA UNIDADE.**



• Seguradoralidder.com.br

Fone:

08000 221204

O Simec não está mais autorizado
a trabalhar com o DPVAT.

Informar situações para seguradora
liddler, - Perguntar sobre os
mentos que já foram



SAC Deficientes Auditivos

WWW.MAPFRE.COM.BR - SAC - Ce

EDIFÍCIO MAPFRE - AV. das Nagôas Unidas, 11.711

entregue, e se o processo
pode ser concluído em
outra cidade (Mossoró)



Assinado eletronicamente por: MARIA DE LOURDES XAVIER DE MEDEIROS - 04/09/2019 13:48:04

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090413480319000000046884467>

Número do documento: 19090413480319000000046884467

Num. 48493382 - Pág. 6



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO

Nome do Paciente: MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO (POLI)

Cód. Paciente: 1190

DN: 08/05/1949

Idade: 68 ano (s);

Data Exame: 18/08/2017 - 09:26

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TÉCNICA:

Os cortes obtidos no plano axial, sem a administração EV do meio de contraste iodado, mostram:

RELATÓRIO:

Lesão hiperdensa com discreto halo hipodenso no giro fontal médio direito.

Lesão hipodensa leuco cortical no trço inferior do hemisfério cerebelar direito, com dícreyto efeito de massa, promovendo redução dos sulcos entre as folias cerebelares.

Sistema ventricular de situação, morfologia e dimensões normais.

Não há evidencia de processos expansivos acima ou abaixo do tentorio.

Sulcos corticais, fissuras e cisternas de aspecto normal para a faixa etária.

Estruturas ósseas da calota craniana sem alterações.

Aumento de partes moles frontal.

OBS.: Não dipomos de indicação clínica, fato que impossibilita a conclusão do exame.

Laudo gerado no dia: 18/08/2017 10:16. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://validar.wbsrad.com.br/> e utilize a data/hora e chave: gYpxPXru para acesso.

Laudado Por:

THADEU ALEXANDRE PAULINO DE SOUSA
CRM-RN 5447 / RADIOLOGISTA

Pag. 1



Assinado eletronicamente por: MARIA DE LOURDES XAVIER DE MEDEIROS - 04/09/2019 13:48:04
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909041348031900000046884467>
Número do documento: 1909041348031900000046884467

Num. 48493382 - Pág. 1



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO**

Nome do Paciente: MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO (POLI)

Cód. Paciente: 1190

DN: 08/05/1949

Idade: 68 ano (s);

Data Exame: 18/08/2017 - 09:26

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TÉCNICA:

Os cortes obtidos no plano axial, sem a administração EV do meio de contraste iodado, mostram:

RELATÓRIO:

Lesão hiperdensa com discreto halo hipodenso no giro fontal médio direito.

Lesão hipodensa leuco cortical no trço inferior do hemisfério cerebelar direito, com dicreyo efeito de massa, promovendo redução dos sulcos entre as folias cerebelares.

Sistema ventricular de situação, morfologia e dimensões normais.

Não há evidencia de processos expansivos acima ou abaixo do tentorio.

Sulcos corticais, fissuras e cisternas de aspecto normal para a faixa etária.

Estruturas ósseas da calota craniana sem alterações.

Aumento de partes moles frontal.

OBS.: Não dipomos de indicação clínica, fato que impossibilita a conclusão do exame.

Laudo gerado no dia: 18/08/2017 10:16. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://validar.wbsrad.com.br/> e utilize a data/hora e chave: gYpxPXru para acesso.

Laudado Por:

THADEU ALEXANDRE PAULINO DE SOUSA
CRM-RN 5447 / RADIOLOGISTA

Pag. 1 de 1



Assinado eletronicamente por: MARIA DE LOURDES XAVIER DE MEDEIROS - 04/09/2019 13:48:04
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090413480319000000046884467>
Número do documento: 19090413480319000000046884467

Num. 48493382 - Pág. 8

PRONTONEURO IMAGENS MÉDICAS

Rua Antônio Albuquerque, 968, 59022-030, Tirol, Natal/RN

CEP: 59022-020 - Natal / RN - Telefone: 84 3342-7755

Atendimento: 117 - 18688

Idade: 68 anos(s)

Convênio: PARTICULAR TIROL

Operador: JARDA

Local Entrega: Pronto Neuro Tirol

Observação:

Peso: _____
Procedimentos
TC CRANIO

Horário para entrega: 10:00 as 17:00 de segunda a sexta.

O RESULTADO DO EXAME SOMENTE SERÁ ENTREGUE COM ESTE COMPROVANTE OU MEDIANTE
APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE DO PACIENTE.



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS
Endereço: RUA: ESPLANADA SILVA JARDIM, 2, RIBEIRA, NATAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2017031000215 1.2 Data de Expedição: 23/08/2017 15:39:50
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/MULHER 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 15/08/2017 20:00:00 2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros 2.6 Logradouro: AV CAPITÃO MOR GOUVEIA
2.6 Tipo do local: Via Pública 2.7 Número: -
2.8 Número: - 2.9 CEP:
2.10 Complemento: 2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: CIDADE DA ESPERANÇA 2.13 Cidade: NATAL
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO 3.2 Estado civil: Sem Informação
3.3 Nome Social: 3.4 País:
3.5 Etnia: Parda 3.6 Mãe: BENIGNA CLOTILDES
3.7 Sexo: FEMININO 3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 00770636438 3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 08/05/1949
3.13 Profissão: APOSENTADO(A) 3.14 RG: 001656016 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 998811748 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 45 3.18 Naturalidade: CAICO RN
3.19 Bairro: CIDADE DA ESPERANÇA 3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: RUA CAJAZEIRAS
3.23 Cidade: NATAL 3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: 7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: MMR4917 7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: 7.1.8 Modelo:
7.1.9 Ano do Modelo: 0 7.1.10 Ano de Fabricação:
7.1.11 Cor do veículo: 7.1.12 Tipo do veículo:
7.1.13 Nota Fiscal: 7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor:
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA TRANSITANDO NA RUA ACIMA CITADA, PRÓXIMO A CALÇADA, E UM MOTOCICLISTA VEIO EM DIREÇÃO CONTRÁRIA A SUA E COLIDIU COM O RETROVISOR E GUIDOM NA SUA FACE, VINDO A COMUNICANTE A CAIR.. INFORMA QUE FOI ATENDIDA NO LOCAL PELA SAMU NATAL CONFORME CONSTA ATENDIMENTO Nº 166224/1 E LEVADO AO WALFREDO GURGEL CONFORME ATENDIMENTO Nº 3802/2017, COM HEMATOMAS E CORTE NA FACE. INFORMA AINDA QUE O MOTOCICLISTA CAUSADOR DO ACIDENTE SE APRESENTOU COMO SENDO JEFERSON, EM MOTO DE PLACA: PLACA MMR-4917, TELEFONE: 98802-3958. REQUER BO PARA FINS DE SEGURO DPVAT. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

SEGURO DPVAT.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 23/08/2017 15:39:50

KM
Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 2071541 - RAYANNE MARIA SILVA DE SENA
Impresso por: 2071541 - RAYANNE MARIA SILVA DE SENA em 23/08/2017 15:39:54

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Página 11

CLÍNICA HOPE

NOME: MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAÚJO

DATA: 04.12.2017

EXAME : RX DE COLUNA CERVICAL

LAUDO :

Alterações em coluna cervical caracterizadas por :

Osteófitos marginais.

Redução do espaço discal em C5-C6 e C6-C7.

Unco artrose bilateral em C5-C6.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.



*Dr. COSMO ALVES DE AQUINO
MEDICO RADIOLOGISTA C.R.M - 4252
(TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA)*



CLÍNICA HOPE

**NOME: MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO
DATA: 29/12/2017
EXAME : RAIO-X DE CLAVÍCULA ESQUERDA**

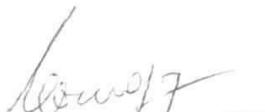
RELATÓRIO

Presença de fratura antiga em terço distal da clavícula com esclerose em bordos e persistência de traço radiolucente.

Superfícies e espaços articulares integros.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.


**Dr. COSMO ALVES DE AQUINO
MEDICO RADIOLOGISTA C.R.M - 4252
(TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA)**



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Lider e
Consórcios do Seguro DPV

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348347/17

Vítima: MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO
CPF: 007.706.364-38

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/08/2017
Titular do CPF: MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO : 007.706.364-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

*SINEL-KN
8843-CL15501
4673-44412111*

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/09/2017
Nome: MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO
CPF/CNPJ: 007.706.364-38

MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2017
Nome: Maria da Piedade Batista dos Santos
CPF: 065.290.754-70

Maria Santos
Maria da Piedade Batista dos Santos





PREFEITURA DO NATAL

Natal RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____

Nome: Marcos Henrique Queiroz Registro nº _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____

Socink:

Rx - de ombro AP

IC:

Carteira de Saúde (E).

/

Local: _____

LC

Data: 26/11/11

Médico- CRM/CRO



CLÍNICA HOPE

NOME: MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAÚJO

DATA: 04.12.2017

EXAME : RX DE COLUNA TORÁCICA

LAUDO:

Desvio do eixo torácico para direita.

Corpos vertebrais com osteófitos marginais.

Pedículos, istmos, lâminas e apófises transversas sem alterações.

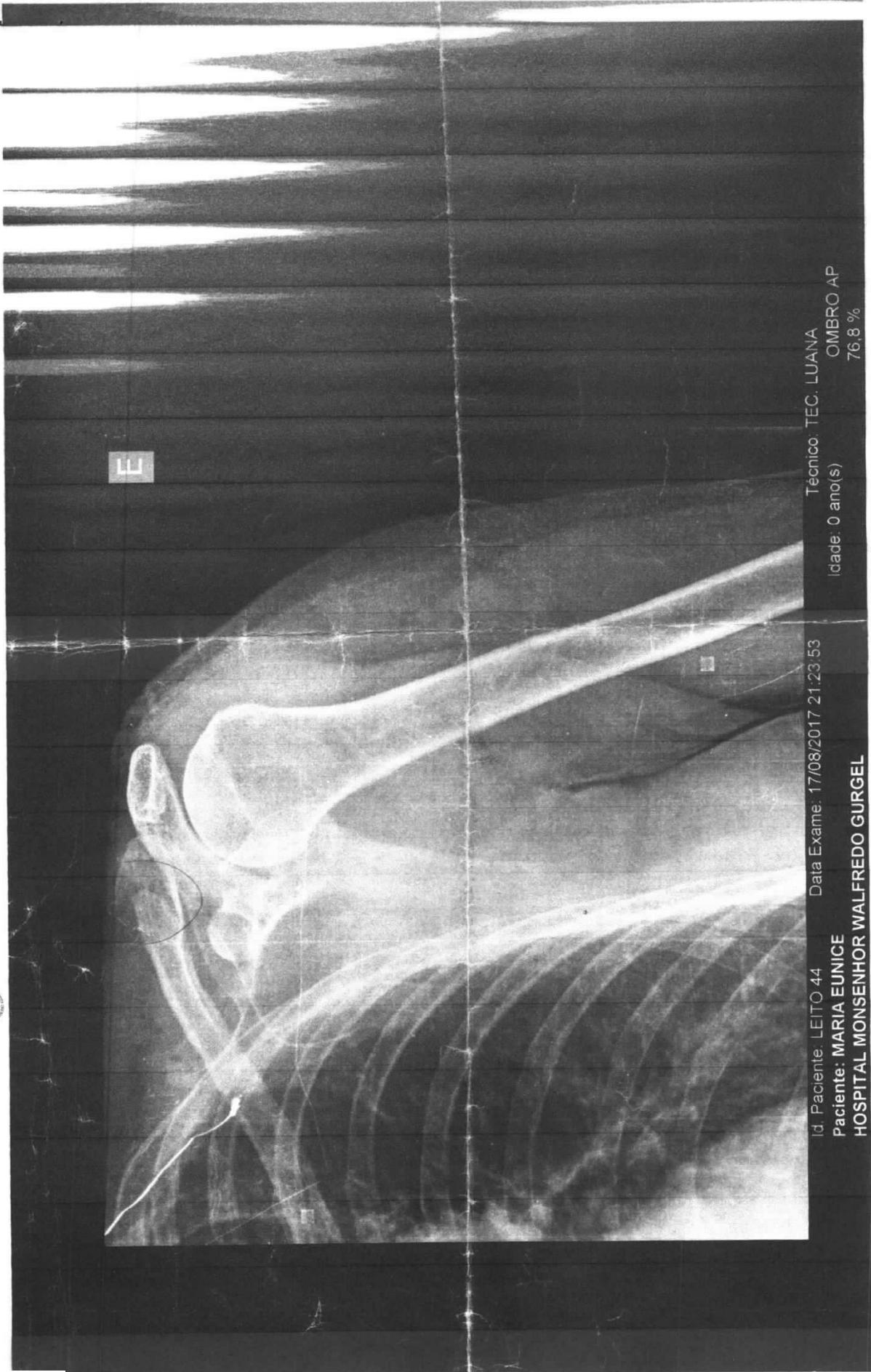
Discos intervertebrais conservados.

Osteopenia com redução da altura de vértebras torácicas médias.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

Dr. COSMO ALVES DE ÁQUINO
MEDICO RADIOLOGISTA C.R.M - 4252
(TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA)





Id. Paciente: LEITO 44 Data Exame: 17/08/2017 21:23:53
Paciente: MARIA EUNICE HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Tecnico: TEC. LUANA
idade: 0 ano(s) OMBRO AP
76,8 %

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380
TEL : (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR



Assinado eletronicamente por: MARIA DE LOURDES XAVIER DE MEDEIROS - 04/09/2019 13:48:04
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090413480319000000046884467>
Número do documento: 19090413480319000000046884467

Num. 48493382 - Pág. 16



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLOVIS SARINHO



Id. Paciente: LEITO 44
Paciente: MARIA EUNICE
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Data Exame: 17/08/2017 21:23:53
Técnico: TEC. LUANA
OMBRO AP

Idade: 0 ano(s)
76,8 %

TEL : (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR



Assinado eletronicamente por: MARIA DE LOURDES XAVIER DE MEDEIROS - 04/09/2019 13:48:04
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090413480319000000046884467>
Número do documento: 19090413480319000000046884467

Num. 48493382 - Pág. 17



Rua Juvenal Lamartine, 119 - Mossoró RN
Telefone: (0xx84) 3315-6900

DADOS DO PACIENTE

| | | | | | |
|--------------|--------------------------------|----------|------------|-----------|---------|
| Nome: | MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO | Idade: | 68 | Registro: | 1885592 |
| Data Nasc: | 08/05/49 | RG: | / | OS n.º: | 82884 |
| Convenio: | SOCIO | | | | |
| Solicitante: | Dr. MANOEL LIMA DA FONSECA | Entrada: | 04/05/2018 | Página: | 1 / 1 |
| | | | 04/05/2018 | | |

RX DA CLAVÍCULA ESQUERDA

*Deformidade da extremidade distal da clavícula.
Relações articulares mantidas.
Partes moles sem alteração*

Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou realização de novos exames.

Dr. ROBERTO ANTONIO DE PAIVA LUZ
CRM - RN 2722

Mossoró, 04/05/2018



Polinho
macy

17/08/17



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL/PRONTO
SOCORRO CLÓVIS SARINHO
DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHANTE

| HORÁRIO DE VISITAS | | | | |
|---|---|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| HOSPITAL M. WALFREDO GURGEL | | | PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO | |
| ENFERMARIAS/CTQ | UTI's | CRO | POLITRAUMA | ATEND. CLÍNICO I e II |
| Todos os dias 13 às 17h | Todos os dias 11:30 às 12h 16:30 às 17h UTI Pediátrica 16 às 17h | Todos os dias 16:30 às 17h | 11:00 às 12h 15:00 às 16h | 10:00 às 11h 15:00 às 16:30h |
| HORÁRIO DE VISITA PARA PACIENTES PRIVADOS DE LIBERDADE | | | | |
| Sábados – 14 às 15 h Obs.: Os advogados poderão visitar seus clientes às terças, quartas e sextas-feiras das 11 às 12h. | | | | |
| HORÁRIO DE TROCA DE ACOMPANHANTE | | | | |
| Todos os dias 7 às 9 12 às 14 17 às 19 | | | | |
| IMPORTANTE: É indispensável trazer cópias de RG, CPF, Certidão de Nascimento ou Casamento, comprovante de residência e Cartão do SUS do paciente. | | | | |
| NORMAS E ROTINAS INSTITUCIONAIS: | | | | |
| <ul style="list-style-type: none">.Tem direito a acompanhante: crianças e adolescentes, idosos e pacientes com dependência avaliada pela equipe de saúde;.Podem ser cadastradas até 5 acompanhantes por paciente;.É proibida entrada de crianças nas dependências do Hospital. A idade mínima para visitas é 12 anos;.Para ser acompanhante a idade mínima é 18 anos;.As trocas de acompanhantes devem ser feitas na Recepção. Acompanhantes de pacientes na faixa etária de 0 a 13 anos poderão realizar a troca na própria enfermaria, desde que devidamente sinalizados pelo Serviço Social e seguindo o horário determinado;.O acompanhante deve cumprir as normas e rotinas hospitalares;.É proibida a entrada de acompanhantes com vestimenta inadequada (short, regatas, saias e | | | | |



*Rouvin
maçal*

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL/PRONTO
SOCORRO CLÓVIS SARINHO
DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHANTE

| HORÁRIO DE VISITAS | | | PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO | |
|-----------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| HOSPITAL M. WALFREDO GURGEL | CRO | POLITRAUMA | ATEND. CLÍNICO I e II | |
| Todos os dias 13 às 17h | Todos os dias 11:30 às 12h 16:30 às 17h UTI Pediátrica 16 às 17h | Todos os dias 16:30 às 17h | 11:00 às 12h 15:00 às 16h | 10:00 às 11h 15:00 às 16:30h |

HORÁRIO DE VISITA PARA PACIENTES PRIVADOS DE LIBERDADE
Sábados – 14 às 15 h Obs.: Os advogados poderão visitar seus clientes às terças, quartas e sextas-feiras das 11 às 12h.

HORÁRIO DE TROCA DE ACOMPANHANTE

| | | | |
|---------------|--------|----------|----------|
| Todos os dias | 7 às 9 | 12 às 14 | 17 às 19 |
|---------------|--------|----------|----------|

IMPORTANTE: É indispensável trazer cópias de RG, CPF, Certidão de Nascimento ou Casamento, comprovante de residência e Cartão do SUS do paciente.

NORMAS E ROTINAS INSTITUCIONAIS:

- . Tem direito a acompanhante: crianças e adolescentes, idosos e pacientes com dependência avaliada pela equipe de saúde;
- . Podem ser cadastradas até 5 acompanhantes por paciente;
- . É proibida entrada de crianças nas dependências do Hospital. A idade mínima para visitas é 12 anos;
- . Para ser acompanhante a idade mínima é 18 anos;
- . As trocas de acompanhantes devem ser feitas na Recepção. Acompanhantes de pacientes na faixa etária de 0 a 13 anos poderão realizar a troca na própria enfermaria, desde que devidamente sinalizados pelo Serviço Social e seguindo o horário determinado;
- . O acompanhante deve cumprir as normas e rotinas hospitalares;
- . É proibida a entrada de acompanhantes com vestimenta inadequada (short, regatas, saias e





RECIBO

Recebi do Sr. (a) MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO CPF:00770636438, a importância de R\$ **300,00** (TREZENTOS REAIS) em 04/09/2017 referente a(ao) **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO** do paciente: **MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO**

NATAL, 4 de Setembro de 2017.

L.R.S. Filho Hospitalar

CNPJ: 24.366.908/0001-81

Luiz Rodrigues da S. Filho

Pronto Neuro
CNPJ: 2436699080001/81





ProntoNeuro

RECIBO

Recebi do Sr. (a) MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO CPF:00770636438, a importância de R\$ **300,00** (TREZENTOS REAIS) em 04/09/2017 referente a(ao) **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO** do paciente: **MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO**

NATAL, 4 de Setembro de 2017.
L. R. S. Filho Hospitalar
CNPJ: 24.366.908/0001-81

Juiz Rodrigues da S. Filho

Pronto Neuro
CNPJ: 2436699080001/81



Assinado eletronicamente por: MARIA DE LOURDES XAVIER DE MEDEIROS - 04/09/2019 13:48:05
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090413480439900000046884471>
Número do documento: 19090413480439900000046884471

Num. 48493386 - Pág. 4

INP -Instituto de Neurocirurgia Potiguar

RECIBO

Recebi Do Senhor (a) MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO CPF;
007.706.364-380 Valor De R\$ 250,00 (Duzentos e Cinqüenta reais) Referente A uma
Consulta Com O NEUROLOGISTA Nesta Data.

Natal 22 de AGOSTO DE 2017

Dr. Zeigler Araújo Fernandes
CRM 3274
CPF: 297.545.184-91



INP -Instituto de Neurocirurgia Potiguar

RECIBO

Recebi Do Senhor (a) MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO CPF;
007.706.364-380 Valor De R\$ 250,00 (Duzentos e Cinqüenta reais) Referente A uma
Consulta Com O NEUROLOGISTA Nesta Data.

Natal 22 de AGOSTO DE 2017

Dr. Zeigler Araújo Fernandes
CRM 3274
Neurologista - Neurocirurgia
CRM 3274

Dr. Zeigler Araújo Fernandes
CRM 3274
CPF; 297.545.184-91





Poder Judiciário do Estado do Rio Grande do Norte

1ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Processo: 0815196-89.2019.8.20.5106 - [Seguro obrigatório - DPVAT]

AUTOR: MARIA EUNICE QUEIROZ DE ARAUJO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Decisão

A presente ação versa sobre seguro obrigatório (DPVAT), o que enseja a competência privativa das 5^a e 6^a Vara Cível desta Comarca de Mossoró.

Assim sendo, declaro a incompetência deste Juízo e determino a remessa ao Juízo de uma das 5^a ou 6^a Vara Cível da Comarca de Mossoró.

Remeta-se.

DATADO E ASSINADO PELO EXMº JUIZ DE DIREITO

CONFORME CERTIFICADO ABAIXO



Assinado eletronicamente por: EDINO JALES DE ALMEIDA JUNIOR - 05/09/2019 08:28:59
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090508285959100000046910484>
Número do documento: 19090508285959100000046910484

Num. 48520223 - Pág. 1



Poder Judiciário do Estado do Rio Grande do Norte
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carnaúbeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0815196-89.2019.8.20.5106

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuitade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15 (quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.



Assinado eletronicamente por: DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE - 16/09/2019 12:05:36
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091612053625000000047235440>
Número do documento: 19091612053625000000047235440

Num. 48869421 - Pág. 1

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05 (cinco) dias.

Adotadas as supra-expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 16 de setembro de 2019.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carnaúbeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0815196-89.2019.8.20.5106

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuitade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15 (quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.



Assinado eletronicamente por: DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE - 16/09/2019 12:05:36
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091612053625000000047235440>
Número do documento: 19091612053625000000047235440

Num. 49008456 - Pág. 1

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05 (cinco) dias.

Adotadas as supra-expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 16 de setembro de 2019.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE - 16/09/2019 12:05:36
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091612053625000000047235440>
Número do documento: 19091612053625000000047235440

Num. 49008456 - Pág. 2