



Número: **0824431-95.2019.8.20.5004**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **9º Juizado Especial Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **17/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|--|--|
| DEONILA PEREIRA DE ARAUJO (AUTOR) | MARIA CLARA DO NASCIMENTO FERREIRA (ADVOGADO) |
| ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU) | NATHALIA DE SOUZA MARTINS (ADVOGADO) |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|-----------|--------------------|---|----------------------------|
| 49905 202 | 17/10/2019 15:13 | Petição Inicial | Petição Inicial |
| 49905 469 | 17/10/2019 15:13 | Procuração | Procuração |
| 49905 471 | 17/10/2019 15:13 | Petição Inicial | Outros documentos |
| 49905 475 | 17/10/2019 15:13 | Docs. Pessoais | Documento de Identificação |
| 49905 478 | 17/10/2019 15:13 | Boletim de ocorrência | Documento de Comprovação |
| 49906 279 | 17/10/2019 15:13 | Boletim pronto socorro dia do acidente | Documento de Comprovação |
| 49906 287 | 17/10/2019 15:13 | Boletim de atendiemnto Deoclécio | Documento de Comprovação |
| 49906 289 | 17/10/2019 15:13 | CNH do condutor | Documento de Comprovação |
| 49906 291 | 17/10/2019 15:13 | Laudo de internação | Documento de Comprovação |
| 49906 292 | 17/10/2019 15:13 | Evolução Centro Cirurgico | Documento de Comprovação |
| 49906 294 | 17/10/2019 15:13 | Evolução Enf centro cirurgico | Documento de Comprovação |
| 49906 295 | 17/10/2019 15:13 | Prontuario de internação | Documento de Comprovação |
| 49906 296 | 17/10/2019 15:13 | solicitação de internação | Documento de Comprovação |
| 49906 297 | 17/10/2019 15:13 | receituário deoclécio | Documento de Comprovação |
| 49906 299 | 17/10/2019 15:13 | Parecer- Deoclécio | Documento de Comprovação |
| 49906 301 | 17/10/2019 15:13 | Atestado Deoclecio | Documento de Comprovação |
| 49906 303 | 17/10/2019 15:13 | Encaminhamento fisioterapia UFRN | Documento de Comprovação |
| 49906 304 | 17/10/2019 15:13 | Laudo Final fisioterapeuta incapacidade | Documento de Comprovação |
| 49906 306 | 17/10/2019 15:13 | Pedido do seguro dpvat | Documento de Comprovação |

| | | | |
|--------------|------------------|---|--------------------------|
| 49906 308 | 17/10/2019 15:13 | <u>Seguro DPVAT - Protocolo de docs</u> | Documento de Comprovação |
| 49906 309 | 17/10/2019 15:13 | <u>Carta seguradora líder</u> | Documento de Comprovação |

Anexos



Assinado eletronicamente por: NATHALIA DE SOUZA MARTINS - 16/10/2019 15:54:10
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101615541007500000048203678>
Número do documento: 19101615541007500000048203678

Num. 49905202 - Pág. 1

PROCURACAO

OUTORGANTE: DEONILIA PEREIRA DE ARAUJO, brasileira, viúva, CPF/MF nº 828.858.254-91, residente e domiciliada na Rua Dr Aprigio Câmara, nº 56, Centro, Santana do Matos/RN CEP: 59.520-000.

OUTORGADAS: NATHALIA DE SOUZA MARTINS, brasileira, solteira, Advogada, inscrita na OAB/RN sob o número 16.835, telefone: (84) 98883-4440, endereço eletrônico: nathaliasouzamartins@hotmail.com, MARIA CLARA DO NASCIMENTO FERREIRA BARBOSA, brasileira, casada, Advogada, inscrita na OAB/RN sob o número 13.408, telefone: (84) 99907-7572, endereço eletrônico: mariaclaraferreira.adv@hotmail.com, ambas com endereço profissional à Rua Paulo Barros de Goés, 1882, Canadelaria, Natal/RN, Cep: 59.064-380.

PODERES: Todos os poderes para representá-lo, juntão a qualquer representação pública ou particular, bem como para o fôro em geral, em qualquer juízo, instância ou tribunal, especialmente para receber citações, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, renunciar, receber alvará em secretaria, dar quitação, firmar compromisso, inclusive de inventariante, além reserva de poderes da cláusula **ad judicia**, podendo ainda subscrever, com ou sem dos poderes da cláusula **ad judicia**, podendo ainda subscrever, com ou sem cumprimento desse mandato.

Outorgante

Natal/RN, 27 de setembro de 2019.

Nathalia Souza Martins



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUÍZ DE DIREITO DE UMA DAS VARAS CÍVEIS DA COMARCA DE NATAL/RN, A QUEM COUBER POR DISTRIBUIÇÃO LEGAL.

DEONILA PEREIRA DE ARAÚJO, brasileira, viúva, aposentada, portadora do RG nº 001.029.855 – SSP/RN, cadastrada no CPF/MF nº 828.858.854-91, residente e domiciliada na Rua Dr. Aprígio Câmara, nº 56, Centro, Santana do Matos/RN, CEP: 59.520-000, vem, respeitosamente, a presença de Vossa Excelência, por meio de suas advogadas que estas subscrevem (procuração anexa), apresentar tempestivamente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

Em desfavor da **ARUANA SEGUROS**, pessoa jurídica de direito privado, com inscrição no CNPJ nº 07.017.295/0001-58, com endereço para receber citação e intimação na Rua Romualdo Galvão, nº 2109, Lagoas Nova, sala 104, Ed. Trade Center, Natal/RN, CEP: 59056-100, pelas razões fáticas e jurídicas que passo a expor:

I- DA JUSTIÇA GRATUITA

Requer-se, desde logo, os benefícios da assistência judiciária gratuita, nos termos do artigo 98 e 99 do Código de Processo Civil/2015, bem como nos termos da Lei nº 1.060/50 e, ainda, do artigo 5º, LXXIV, da Constituição Federal, haja vista que a autora afirma não possuir condições financeiras para arcar com as despesas processuais sem que haja o comprometimento do seu sustento e da sua família.

II- DOS FATOS

A autora foi vítima de acidente automobilístico em plena via pública no Município de Santana do Matos/RN. O fato ocorreu no dia 02 de Abril de 2019, conforme boletim de ocorrência em anexo.



O referido acidente resultou em fratura trimaleolar do pé direito, tendo se submetido a intervenção cirúrgica e um diagnóstico cinesio-funcional para restrição de descarga de peso e marcha (documento anexo).

A autora passou por acompanhamento no departamento de fisioterapia da UFRN (documento anexo), onde foram traçados os seguintes objetivos: Eliminar edema, restabelecer a ADM, favorecer a flexibilidade de tecidos moles, otimizar o tônus e força muscular, melhorar equilíbrio, coordenação motora, propriocepção, treinar marcha, recuperar funcionalidade e independência.

Encaminhada pelo departamento da UFRN fez todo o tratamento indicado, finalizando no dia 01 de agosto de 2019, apresentando uma série de limitações de movimentos do tornozelo e pé direito, déficit de equilíbrio, dor na articulação fibulotalar e talocrural e edema localizado (laudo em anexo).

Por fim, a autora vem requerer, munida de toda a documentação necessária a que alude o acidente automobilístico, o **seguro DPVAT**, o qual faz jus visto que a autora só recebeu o reembolso de despesas médicas.

III- DO DIREITO

No caso em tela, é direito da autora perceber uma indenização por danos pessoais, devido aos danos causados pelo acidente, conforme documentos anexos.

O artigo 7º da lei nº 6.194/74, determina que em se tratando de seguro DPVAT, pelo fato de existir consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será legítima para figurar no polo passivo que vise o recebimento de indenização. Desta mesma forma, a matéria é totalmente pacificada pela doutrina e jurisprudência.

Quanto a legitimidade passiva, mostra-se esclarecida qualquer dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no consórcio do seguro DPVAT, formado pela reunião das empresas seguradoras e geridos pela seguradora LIDER, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.



A autora postulou administrativamente o recebimento do DPVAT, que houve irregularidade no pagamento, o que levou a postular a presente ação.

O artigo 5º da lei 6.194/74 determina que o pagamento da indenização deve ocorrer mediante simples prova do acidente e do dano ocorrido (o que se vê no boletim de ocorrência e laudo médico acostados).

Assim, vê-se necessária a realização de perícia médica por profissional imparcial indicado por este Juízo, de forma a serem aferidas com exatidão o grau das lesões sofridas pelo autor.

Tendo em vista que o autor recebeu valor inferior pela via administrativa, é tempestiva a alternativa em recorrer ao Poder Judiciário para exigir da reclamada a devida indenização pelas sequelas ocasionadas pelo acidente.

IV- DOS HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS

Que seja condenada a parte ré, a pagar as advogadas da parte autora os honorários de sucumbência no percentual de 20% (vinte por cento), com fulcro no artigo 22, §4º da Lei nº 8.906/94 e artigo 85 do CPC.

V- DOS PEDIDOS

Diante do exposto, requer a Vossa Excelência:

- a) Que sejam deferidos os benefícios da justiça gratuita conforme lei nº 1.060/50 e art. 98 do CPC;
- b) Determinar a citação do réu no endereço acima citado;
- c) Que sejam aplicadas as regras da Lei nº 8.078/90 do Código de defesa do Consumidor, sobretudo, **A INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA** em favor da autora, como bem preceitua o artigo 6º, VIII da aludida lei;
- d) Que Vossa Excelência designe perícia médica, caso entenda necessário;
- e) Que a demanda seja julgada totalmente procedente condenando a ré a pagar a o autor uma indenização por invalidez, após laudo pericial, aplicando a tabela do seguro DPVAT, **um valor a ser aferido através de perícia médica a qual o autor será submetido,**



- segundo os limites da tabela do seguro DPVAT**, acrescido de juros e correção monetária, em conformidade com as súmulas 43 e 54 do Superior Tribunal de Justiça;
- f) Que seja condenada a parte ré aos honorários sucumbenciais, arbitrados em 20% (vinte por cento), sobre o valor da condenação, conforme artigo 85 do CPC;
 - g) Protesta provar por todos os meios de prova em direito admitidos, especialmente prova documental e depoimento pessoal da ré, bem como oitiva de testemunhas, se entender necessário.

Dá-se a causa o valor de R\$ 1.000,00 (hum mil reais), apenas para fins de alçada.

Nestes termos,

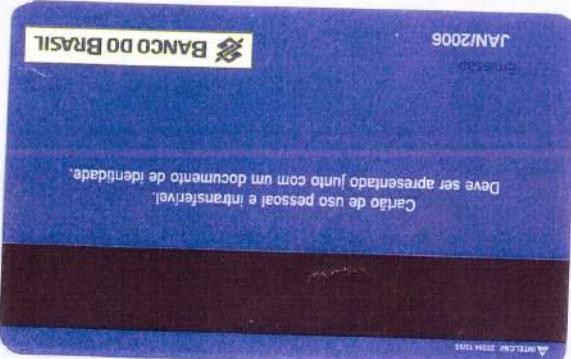
Pede e espera deferimento.

Natal, 16 de outubro de 2019.

MARIA CLARA DO NASCIMENTO F. BARBOSA
OAB/RN 13.408

NATHÁLIA DE SOUZA MARTINS
OAB/RN 16.835





Assinado eletronicamente por: NATHALIA DE SOUZA MARTINS - 16/10/2019 15:54:11
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101615541125800000048204362>
Número do documento: 10101615541125800000048204362

Num. 49905475 - Pág. 1

9.2 Informações do CIOs
FO COLOHIDA PEIA MATO CITA DA ACMIA VINDO DEUBRA O TORNZELO. EM DOTS LUGARS, E CAUSANDO VARIAS ESCORIAGOS. CONLHIDA PARECU A ESTA DELGACA PARA COMMUNICAR QUE, NA DATA, HORA E LOCAL QUITADOS ACMIA QUANDO TRANSITAVA, EM VIA PUBLICA, NA RN 203.

| | |
|--|--|
| 6.1.1 Name Completo: JOCELINE DE RAMALHO DE ARRUDA | 6.1.2 Nome Socio: |
| 6.1.3 Estado Civil: Solteiro(a) | 6.1.4 Idade: 32 |
| 6.1.5 Identidade Gênero: | 6.1.6 Sexo: FEMININO |
| 6.1.7 Documento Sexuál: | 6.1.8 Profissão: DEZCONHECCE |
| 6.1.9 Pai: Prado | 6.1.10 CPF: 061.121.112-0 |
| 6.1.11 Data de Nascimento: 04/06/2001 | 6.1.12 Nacionalidade: BRASILEIRA |
| 6.1.13 RG: Nao Informado | 6.1.14 RG: 0000000000000000 |
| 6.1.15 Profissão: DO LAR | 6.1.16 Mae: Fazenda |
| 6.1.16 Profissão: CENTRO | 6.1.17 Nacionalidade: BRASILEIRA |
| 6.1.17 RG: 0000000000000000 | 6.1.18 CEP: 13900-000 |
| 6.1.19 Endereço: RUA MARIA FELIX DE OLIVEIRA | 6.1.20 Cidade: SANTANA DO MATOS |
| 6.1.21 Estado: ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE | 7.1.1 Segundo(a): Nao |
| 7.1.2 Segundo(a): Nao | 7.1.3 Segundo(a):1126 |
| 7.1.4 Residam: | 7.1.5 Segundo(a): OGO8733 |
| 7.1.6 Estado: | 7.1.7 Cidade: AZUL |
| 7.1.8 Medida: TRAXX 1500 2 | 7.1.9 ID do Modelo: 2009 |
| 7.1.10 Ano de Fabricação: 2008 | 7.1.11 Carro do Veiculo: AZUL |
| 7.1.12 Tipo de Veículo: CLICLOMOTOR | 7.1.13 Nota Fiscal: |
| 7.1.14 Número do Motor: | 7.1.15 Nome do proprietário: PAULO EDUARDO DA COSTA FERREIRA |
| 7.1.16 Vinheta com a Documenta: | 7.1.17 Nome do condutor: |
| | 7.1.18 Observações: |

| | |
|--|---|
| 1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM | 1.1. Pseudo: JUAN CARLOS SANTANA DO MATOS |
| 2. DADOS DO LOCAL DE FATO | 2.1. Local: Centro, 294, Rua Cel. Barreto, Centro, SANTANA DO MATOS |
| 3. TIPO: ACIDENTE FERROVIÁRIO | 3.1. Data de Expedição: 04/06/2019 19:10:20,63 |
| 4. DADOS DO EXPEDIDOR | 4.1. Logradouro: RUA MIGUEL XEXEU DE MACEDO |
| 5. AUTOR DA DENUNCIA | 5.1. Autor: Gonçalves, Nao |
| 6. FALGARATE | 6.1. Flagrante: Nao |
| 7. LUGAR DO FATO | 7.1. Lugar de Referência: RUA MIGUEL XEXEU DE MACEDO |
| 8. CONSUMADORES | 8.1. Consumador(s) empregado(s): Véculo |
| 9. TITULAR DA POLÍCIA | 9.1. Titular da Policia: 02/04/2019 06:31:00 |
| 10. DADOS DO LOCAL DO FATO | 10.1. Endereço: Centro, 294, Rua Cel. Barreto, Centro, SANTANA DO MATOS |
| 11. PESSOAS DO COMUNICANTE (PESSOA FISICA) | 11.1. Nome: SANTANA DO MATOS |
| 12. PESSOAS DO NORTE | 12.1. Endereço: Rio Grande do Norte |
| 13. PESSOAS DO CENTRO | 13.1. Endereço: Centro |
| 14. PESSOAS DO SUL | 14.1. Endereço: Centro |
| 15. PESSOAS DO NORDESTE | 15.1. Endereço: Centro |
| 16. PESSOAS DO SUDOESTE | 16.1. Endereço: Centro |
| 17. PESSOAS DO SUL | 17.1. Endereço: Centro |

BOLÉTM DE OCORRÊNCIA

Delegacia Eletrônica
TOUCHER CHAM

 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
GOVERNO DO MARANHÃO - NOSSO DIREITO DE VIVER

Governo do Estado do Rio Grande do Norte



AV. 27 de outubro, nº 839, Bairro Santa Lúzia - Santana do Matos, CEP: 59520-000 / Telefone: (84) 3434-2166
CNPJ: 08.110.439/0001-89
e-mail: hcasmgs@hotmail.com

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: right;">11 A60 2019</p> <p style="text-align: right;">ARUANA SECRETÁRIO</p> <p style="text-align: right;">www / fmlm</p> | |
| DIAGNÓSTICO: | |
| <p>① Com febre e dor abdominal.</p> <p>• Dor tipo coluna lombar.</p> <p>• Dor no abdômen.</p> <p>• Dor nas costas.</p> <p>• Dor nas articulações.</p> | |
| HISTÓRIA CLÍNICA: | |
| <p>PA: X mmHg TEMP.: °C FC bpm FR: bpm PESO: kg</p> <p>ESTADO GERAL: () BEM () REGULAR () CHOCADO () DESORIENTADO () AGITADO () COMATOSO</p> <p>ACIDENTE DE TRABALHO: () COM DISPLASIA () COM HEMORRAGIA () EM CONVULSAO () POLIRRAUMATIZADO</p> <p>ACIDENTE DE TRANSITO: () MOTO () CARRO () ATROPELAMENTO () OUTROS</p> | |
| <p>DATA: 02/09/19 HORA DE ENTRADA: 07:15 QUEIXA: /</p> <p>Nº DO CARTÃO SUS: / DATA DE NASC.: /</p> <p>ENDERECO: Rua Henrique da França IDADE: 48</p> | |
| <p>BOLÉTIMO DE ATENDIMENTO - PRONTO SOCORRO</p> <p>NAME: Dercila Braga de França</p> <p>DATA: 07/09/19</p> <p>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL MUNICIPAL DRº CLOVIS AVELINO</p> <p>SANTANA DOMÍTOS</p> <p>GESTÃO 2017 / 2020</p> | |
| <p>Atto declaratório</p> <p>Atto declaratório</p> | |

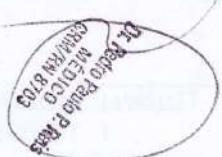


DESTINO DO PACIENTE:



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
SSV. nro: 971.) PC 86 ! FE 14 ! PA: A60X300 .

ASSINATURA/CRM



① evolução a curto prazo
② evolução feiosa - alterada
③ evolução s - alterada
430

CONDUTA MÉDICA:

Tel. Legenda & assinatura



| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| BOLETO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 53 HMMC | | | | | |
| GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA HOSPITAL DEOCLECI M. LUCENA PARANAMIRIM/RN CIDADE: S. C. M. DE PARANAMIRIM ENDERECO: R. DA MATILDE, 141 BARRO NATURALIDADE: S. C. M. DE PARANAMIRIM PROFESSAO: PROCEDENCIA DATA: 13/05/19 HORÁ: 13:55 IDADE: 21 COR: Morena ESTADO CIVIL: Solteira SEXO: F | | | | | |
| CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO ALÉGACIENDE DE TRABALHO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> COM DISPNEIA <input type="checkbox"/> CHOCADO <input type="checkbox"/> COMATOSO <input type="checkbox"/> C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> EM CONVULSAO <input type="checkbox"/> POLTRUMATIZADO <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> PUPLAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) <input type="checkbox"/> B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> C) PRESSAO ARTERIAL ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C TEMP. RESPIRACAO PULSO TA | | | | | |
| HISTÓRIA CAUSA EFICIENTE DALESÃO (ALLEGADA) ARUAIA CEUDADORA 14 AGO 2019 | | | | | |
| CONDUTA NAME FÍSICO | | | | | |
| SCORE DO TRAUMA MODIFICADO TRTS HORA PRESSAO ARTERIAL RESPIRACAO GLASGOW SCORE FINAL TEMP. PULSO DATA: 14/08/2019 CONFERE | | | | | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL JUZGUEMOS SEU CASO | | | | | |



EXAMES COMPLEMENTARES

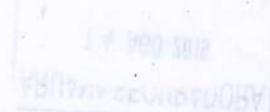
Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

| | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA | <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA | <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA | <input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR | <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA | <input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL | <input type="checkbox"/> ORTOPEDIA | <input type="checkbox"/> BUZO-FACIAL | <input type="checkbox"/> UROLOGIA |
| <input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA | <input type="checkbox"/> OTORRINO | <input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA | <input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA | <input type="checkbox"/> |

CONDUTA

Transferir para operação



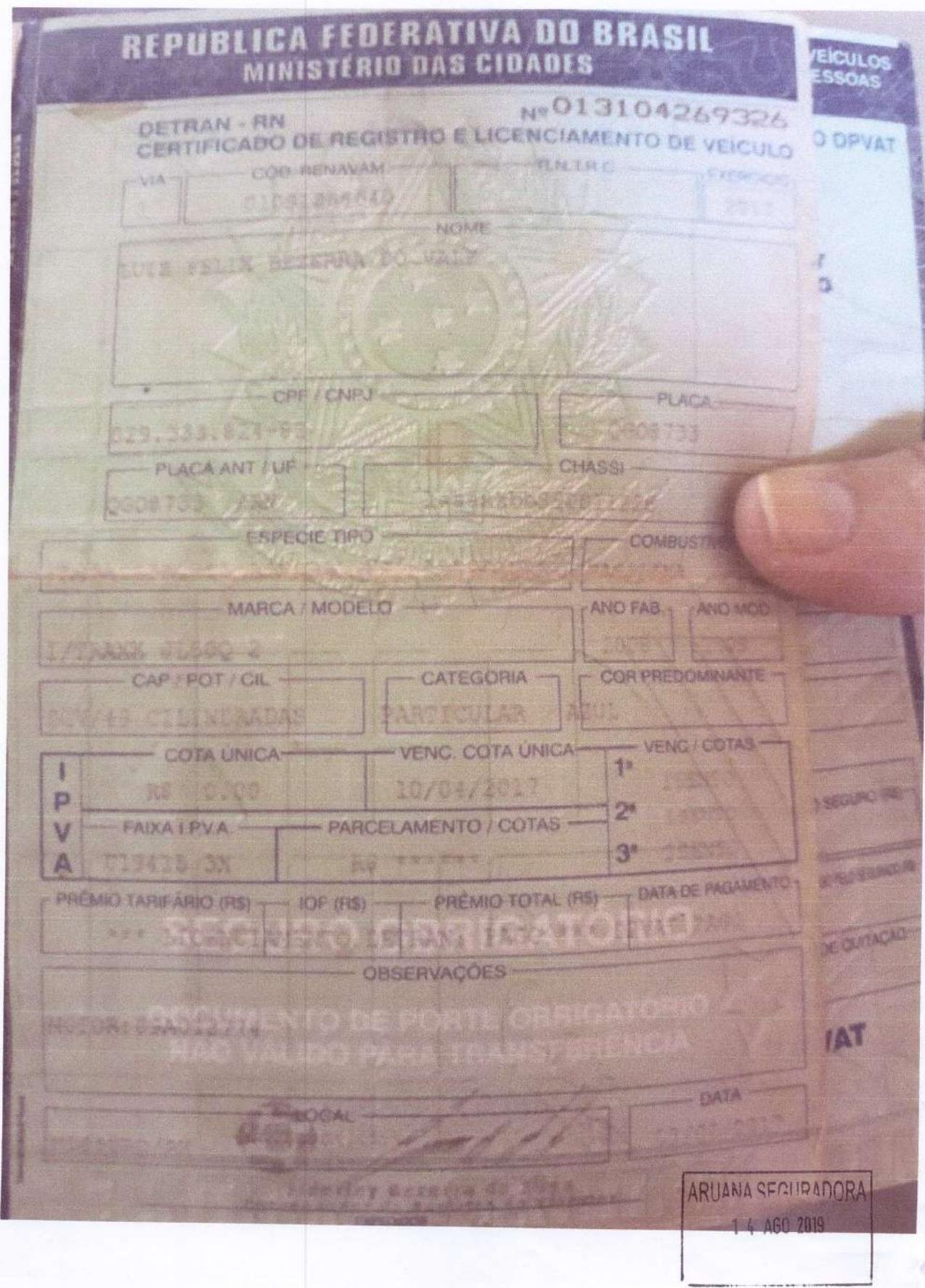
Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

| | | | |
|---|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL | <input type="checkbox"/> ENTRADA | INTERNADO NO SÉRVICO DE <i>Bruno Melo</i> | <input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____/_____/_____ |
| HORA _____ | HS | | HORA _____ PARA _____ |
| RETIROU-SE POR | DECISÃO MÉDICA | <i>João M. Dantas</i> CRM-942 Ortopedia e Traumatologia | A REVELIA <input type="checkbox"/> |
| DATA _____/_____/_____ | | HORA _____ | |
| ÓBITO _____/_____/_____ | | | |
| ENTREGUE | À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> | S.V.O. <input type="checkbox"/> | I.T.E.P. <input type="checkbox"/> |
| MÉDICO (Carimbo) CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo) | | | |



03
ANEXO M. O. J. D. J. T. S. O.
ANEXO M. O. J. D. J. T. S. O.
ANEXO M. O. J. D. J. T. S. O.
ANEXO M. O. J. D. J. T. S. O.
ANEXO M. O. J. D. J. T. S. O.



Assinado eletronicamente por: NATHALIA DE SOUZA MARTINS - 16/10/2019 15:54:13
<https://pie1.g.tjrn.jus.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101615541312100000048204376>
Número do documento: 19101615541312100000048204376

Num. 49906289 - Pág. 1

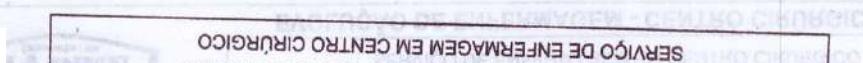


Assinado eletronicamente por: NATHALIA DE SOUZA MARTINS - 16/10/2019 15:54:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910161554131210000048204376>
Número do documento: 1910161554131210000048204376

Num. 49906289 - Pág. 2

| | | | |
|--|--|---|--|
| LAVADO PARA SOLICITAGAO DE AUTORIZACAO | | DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
| Identificagão do Estabelecimento de Saúde | | Identificagão do Executante | |
| 3-ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | HOSPITAL DEOCLECIDO MARQUES DE LUCENA | |
| 5-PACIENTE | | Identificagão do Paciente | |
| 6-NÚMERO DO PRONTUÁRIO | | DENOMINAÇÃO PEREIRA DE ARRUDA | |
| 7-CARTAO NACIONAL SUS | | 700 0014 4580 7607 | |
| 8-DATA DE NASCIMENTO | | 06/01/1941 | |
| 9-SEXO | | FEMININO | |
| 10-RACA/COR | | PARDA | |
| 11-NOME DA PAPE | | MARINA SOARES DA SILVA | |
| 12-TELEFONE DE CONTATO | | 999376703 | |
| 13-NOME DO RESPONSÁVEL | | CARME SILVIA DE ARRUDA | |
| 14-TELEFONE DE CONTACTO | | 999376703 | |
| 15-ENDEREÇO (RUA, Nº) | | R. DR APRECIDIO CAMARA 146 | |
| 16-MUNICIPIO | | SANTANA DO MATOS | |
| 17-BAIRRO | | 18-UF | |
| 19-CEP | | 59620000 | |
| 20-PRINCIPAIS SINAS E SINTOMAS CLÍNICOS | | 21-CONDIGESES QUE JUSTIFICAM A INTENCAO | |
| 22-PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) | | 23-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 24-CNPJ DA EMPRESA | | 34- DATA DA SOLICITAÇÃO | |
| 25-GID 10 SECUNDARIO | | 35-ASSINATURA DA EMPRESA | |
| 26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | | 36-(AC) TRANSITO | |
| 27-DESCRIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | 37-(AC) TRABALHO TPCO | |
| 28-DOCIGO DO PROCEDIMENTO | | 38-(AC) TRABALHO TRAJETO | |
| 29-CLINICA | | 39-CNPJ DA SEGUARDIA | |
| 30-CARTER DA INTERNACAO | | 40-Nº DO BILHETE | |
| 31-DOCUMENTO DE IDENTIDADE | | 41-SERIE | |
| 32-Nº DOCUMENTO DE IDENTIDADE | | 42-CNPJ DA EMPRESA | |
| 33-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 43-CNE DA EMPRESA | |
| 34-CPF | | 44-CBQR | |
| 35-ASSINATURA DA EMPRESA | | 45-VINCULO COM A PREVIDENCIA | |
| 36-(AC) TRABALHO TPCO | | 46-NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | |
| 37-(AC) TRABALHO TRAJETO | | 47-COD. ORGÃO EMISSOR | |
| 38-(AC) TRABALHO TRAJETO | | 48-Nº DOCUMENTO DE PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 39-CNE DA SEGUARDIA | | 49-Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
| 40-Nº DO BILHETE | | 50- DATA DA AUTORIZAÇÃO | |
| 41-SERIE | | 51-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 42-CNPJ DA EMPRESA | | 52-Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
| 43-CNE DA EMPRESA | | 53-NOME DO REGISTRO DO CONSELHO | |
| 44-CBQR | | 54- DATA DA SOLICITAÇÃO | |
| 45-VINCULO COM A PREVIDENCIA | | 55-ASSINATURA DA EMPRESA | |
| 46-NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | 56-NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR () EMPREGADOR () AUTONOMO () DESMEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGUARDADO | |
| 47-COD. ORGÃO EMISSOR | | 57- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 48-Nº DOCUMENTO DE PROFISSIONAL SOLICITANTE | | 58- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | |
| 49-Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | 59- NOME DO REGISTRO DO CONSELHO | |
| 50- DATA DA AUTORIZAÇÃO | | 60- NOME DO REGISTRO DO CONSELHO | |
| 51-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 61-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 52-Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | 62-NOME DO REGISTRO DO CONSELHO | |
| 53-NOME DO REGISTRO DO CONSELHO | | 63-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 54- DATA DA SOLICITAÇÃO | | 64- CPF | |
| 55-ASSINATURA DA EMPRESA | | 65- VINCULO COM A PREVIDENCIA | |
| 56-NOME DO REGISTRO DO CONSELHO | | 66- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 57- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 67- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 58- NOME DO REGISTRO DO CONSELHO | | 68- NOME DO REGISTRO DO CONSELHO | |
| 59- NOME DO REGISTRO DO CONSELHO | | 69- NOME DO REGISTRO DO CONSELHO | |
| 60- NOME DO REGISTRO DO CONSELHO | | 70- NOME DO REGISTRO DO CONSELHO | |
| 61-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 71-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 62-NOME DO REGISTRO DO CONSELHO | | 72-PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) | |
| 63-NOME DO REGISTRO DO CONSELHO | | 73-DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | |
| 64- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 74-CLINICA | |
| 65- VINCULO COM A PREVIDENCIA | | 75-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 66- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 76-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 67- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 77-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 68- NOME DO REGISTRO DO CONSELHO | | 78- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 69- NOME DO REGISTRO DO CONSELHO | | 79- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 70- NOME DO REGISTRO DO CONSELHO | | 80- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 71-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 81-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 72-PRINCIPAIS SINAS E SINTOMAS CLÍNICOS | | 82-DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | |
| 73-DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | 83-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 74-CLINICA | | 84- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 75-ACI. TRABALHO TPCO | | 85-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 76-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 86-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 77-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 87-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 78- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 88- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 79- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 89- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 80- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 90- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 81-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 91-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 82-DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | 92-DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | |
| 83-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 93-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 84- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 94- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 85-ACI. TRABALHO TPCO | | 95-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 86-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 96-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 87-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 97-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 88- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 98- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 89- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 99- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 90- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 100- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 91-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 92-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 93-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 94-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 95-ACI. TRABALHO TPCO | | 96-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 97-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 98-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 99- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 100- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 101-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 102-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 103-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 104-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 105-ACI. TRABALHO TPCO | | 106-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 107-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 108-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 109- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 110- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 111-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 112-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 113-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 114-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 115-ACI. TRABALHO TPCO | | 116-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 117-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 118-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 119- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 120- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 121-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 122-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 123-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 124-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 125-ACI. TRABALHO TPCO | | 126-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 127-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 128-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 129- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 130- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 131-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 132-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 133-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 134-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 135-ACI. TRABALHO TPCO | | 136-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 137-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 138-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 139- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 140- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 141-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 142-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 143-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 144-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 145-ACI. TRABALHO TPCO | | 146-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 147-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 148-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 149- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 150- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 151-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 152-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 153-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 154-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 155-ACI. TRABALHO TPCO | | 156-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 157-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 158-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 159- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 160- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 161-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 162-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 163-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 164-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 165-ACI. TRABALHO TPCO | | 166-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 167-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 168-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 169- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 170- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 171-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 172-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 173-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 174-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 175-ACI. TRABALHO TPCO | | 176-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 177-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 178-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 179- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 180- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 181-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 182-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 183-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 184-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 185-ACI. TRABALHO TPCO | | 186-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 187-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 188-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 189- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 190- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 191-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 192-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 193-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 194-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 195-ACI. TRABALHO TPCO | | 196-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 197-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 198-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 199- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 200- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 201-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 202-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 203-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 204-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 205-ACI. TRABALHO TPCO | | 206-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 207-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 208-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 209- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 210- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 211-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 212-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 213-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 214-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 215-ACI. TRABALHO TPCO | | 216-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 217-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 218-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 219- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 220- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 221-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 222-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 223-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 224-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 225-ACI. TRABALHO TPCO | | 226-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 227-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 228-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 229- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 230- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 231-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 232-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 233-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 234-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 235-ACI. TRABALHO TPCO | | 236-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 237-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 238-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 239- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 240- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 241-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 242-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 243-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 244-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 245-ACI. TRABALHO TPCO | | 246-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 247-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 248-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 249- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 250- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 251-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 252-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 253-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 254-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 255-ACI. TRABALHO TPCO | | 256-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 257-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 258-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 259- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 260- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 261-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 262-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 263-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 264-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 265-ACI. TRABALHO TPCO | | 266-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 267-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 268-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 269- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 270- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 271-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 272-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 273-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 274-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 275-ACI. TRABALHO TPCO | | 276-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 277-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 278-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 279- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 280- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 281-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 282-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 283-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 284-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 285-ACI. TRABALHO TPCO | | 286-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 287-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 288-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 289- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 290- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 291-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 292-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 293-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 294-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 295-ACI. TRABALHO TPCO | | 296-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 297-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 298-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 299- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 300- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 301-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 302-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 303-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 304-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 305-ACI. TRABALHO TPCO | | 306-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 307-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 308-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 309- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 310- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 311-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 312-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 313-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 314-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 315-ACI. TRABALHO TPCO | | 316-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 317-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 318-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 319- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 320- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 321-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 322-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 323-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 324-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 325-ACI. TRABALHO TPCO | | 326-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 327-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 328-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 329- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 330- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 331-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 332-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 333-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 334-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 335-ACI. TRABALHO TPCO | | 336-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 337-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 338-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 339- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 340- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 341-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 342-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 343-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 344-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 345-ACI. TRABALHO TPCO | | 346-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 347-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 348-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 349- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 350- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 351-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 352-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 353-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | 354-NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | |
| 355-ACI. TRABALHO TPCO | | 356-ACI. TRABALHO TPCO | |
| 357-ACI. TRABALHO TRAJETO | | 358-ACI. TRABALHO TRAJETO | |
| 359- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | | 360- CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| 361-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 362-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| EVOLUGAO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRURGICO | | | | | | | | | |
| SERVIGO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRURGICO | | | | | | | | | |
| HEMOTRANSFUSAO: | | | | | | | | | |
| () Hemocoagulante _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Expansor plasmatico _____ Unid. () Albumina _____ Unid. | | | | | | | | | |
| MEDICAGOES UTILIZADAS | | | | | | | | | |
| h: _____ h: _____ h: _____ h: _____ h: _____ h: _____ | | | | | | | | | |
| HIDRATAGAO VENOSA | | | | | | | | | |
| () Soro Fisiologico: _____ ml () Soro Ringler Simples: _____ ml Quantidade total de volume administrado: _____ ml | | | | | | | | | |
| ANATOMO PATOLOGICO | | | | | | | | | |
| () Nao () Sim Pega: _____ Swab para cultura: _____ Peça para sepultamento: () Nao () Sim | | | | | | | | | |
| CURATIVOS E IMOBILIZAGOES | | | | | | | | | |
| FO de aspecto: () Limpo () exsudato () Contaminação () Aparelho gessado () Bandagens () Tais () Outros: _____ | | | | | | | | | |
| Nivel de consciencia: () Consciente () Incosciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado | | | | | | | | | |
| Respiratorio: () Intubado () Extubado () Canula de Guedel () Ambiente Circativo () Oclusivo () Compresivo () Bolha de colostomia () Outro: _____ | | | | | | | | | |
| Dilatado: () Espontanea () Normal () Imigração Vesical () Oligurico Destino após a cirurgia: C.R.O. | | | | | | | | | |
| Hora: 12:31 Data: 15/04/19 Nivel de consciencia: () Acordado () Sonolento () Narcose () Desorientado () Desorientado () Agitado () Choroso Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Canula de Guedel () Cateeter O2 () Ambiente Visceral () Mobilização Mmi: () Normal () Diminuida () Sem mobilidade () Exubera () Diminuida () Sem mobilidade Drenos: () Sucção () Total () Parcial () Perse () Kehr Ostomias: () Sim () Não Especifico: _____ Drenos: () Sucção () Total () Parcial () Perse () Kehr Ostomias: () Sim () Não Especifico: _____ Imigração vesical contínua: () Retorno satisfeito () Retorno insuficiente () Coágulos Relata: () Oculoso () Descoberto () Limpo () Sujos Monitorização: () EcG () Oxímetro () PA () Alteração FC | | | | | | | | | |
| SINTAS VITIAS | | | | | | | | | |
| Admissão: DATA: 15/04/19 Hora: 09:04 Liquidos administrados na UPA: | | | | | | | | | |
| Horas: 30. Admissão: DATA: 15/04/19 Hora: 09:04 Liquidos administrados na UPA: | | | | | | | | | |
| 60. Admissão: DATA: 15/04/19 Hora: 09:04 Liquidos administrados na UPA: | | | | | | | | | |
| Alta: Admissão: DATA: 15/04/19 Hora: 09:04 Liquidos administrados na UPA: | | | | | | | | | |
| INTERCORRENCIAS NA UPA: () Nauseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC Curativo: () Oculoso () Descoberto () Limpo () Sujos Monitorização: () EcG () Oxímetro () PA | | | | | | | | | |
| INTERCORRENCIAS NA UPA: () Nauseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC Curativo: () Oculoso () Descoberto () Limpo () Sujos Monitorização: () EcG () Oxímetro () PA | | | | | | | | | |
| UNIDADE DE RECUPERAÇÃO POS-ANESTESICA - CONDIÇOES DO PACIENTE NA ADMISSAO | | | | | | | | | |
| Hora: 12:31 Data: 15/04/19 Nivel de consciencia: () Acordado () Sonolento () Narcose () Desorientado () Desorientado () Agitado () Choroso Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Canula de Guedel () Cateeter O2 () Ambiente Visceral () Mobilização Mmi: () Normal () Diminuida () Sem mobilidade () Exubera () Diminuida () Sem mobilidade Drenos: () Sucção () Total () Parcial () Perse () Kehr Ostomias: () Normal () Diminuida () Sem mobilidade Venícias: () Nao () Sim Tipo: _____ Local: _____ Sonsas: () Gastrica () Enteral () Vesical Drenos: () Sucção () Total () Parcial () Perse () Kehr Ostomias: () Sim () Não Especifico: _____ Imigração vesical contínua: () Retorno satisfeito () Retorno insuficiente () Coágulos Relata: () Oculoso () Descoberto () Limpo () Sujos Monitorização: () EcG () Oxímetro () PA () Alteração FC | | | | | | | | | |
| EVOLUGAO DE ENFERMAGEM/INTERCORRENCIAS | | | | | | | | | |
| Ass: <i>Nathalia Souza Martins</i> Coren: <i>22792</i> | | | | | | | | | |





SERVÍCIO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Assinado eletronicamente por: NATHALIA DE SOUZA MARTINS - 16/10/2019 15:54:15
<https://pjef1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910161554149>
Número do documento: 1910161554149450000048204381

Assinado eletronicamente por: NATHALIA DE SOUZA MARTINS - 16/10/2019 15:54:15

<https://pie1.q.tirn.jus.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101615541494500000048204381>

Número do documento: 19101615541494500000048204381

Num. 49906294 - Pág. 2

SUS

| | | | |
|---|--|---|---|
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | | Soliditante: HOSPITAL MONSENOR WALFREDO GURGEL | Excutante: O solicitante ou: |
| Nome: 121527 DEONILIA PEREIRA DE ARAUJO | | Mae: MARIANA SOARES DA SILVA Nascimento: 05/01/1941 Sexo: Feminino Pronome: <i>Deonilia</i> | CNPJ: 70000145807607 |
| CNP: 2653923 | | Endereço: RUA DOUTOR APRECIDIO CÂMARA, 246 - CENTRO - SANTANA DO MATOS Município: SANTANA DO MATOS | Fone: 999674376 / |
| CNP: 4421 / RN | | PRAZURA FECHADA DO TORNZELO DIREITO PRINCIPAIS SINAS E SINTOMAS CLÍNICOS: | RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS: |
| | | CONDIGES QUE JUSTIFICAM A INTENCAÇÃO: | SEMILOGIA E RX |
| | | Diagnóstico e Procedimento Inicial: | 382.6 FRATURA DO MALLEOLO LATERAL; 408050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEolar / TRIMALEolar |
| | | KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS | Professional Solicitante / Assintente: |
| | | Data da Solicitação 02/04/2019 | CRM: 4421 / RN |
| PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) | | | |
| () Adveniente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ N° do billete: _____ Série: _____ () Adveniente de Trabalho CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Empresa: _____ CBOR: _____ () Vinculo com previdência: () Empregado () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado () Adveniente de Trabalho CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Empresa: _____ CBOR: _____ AUTORIZAÇÃO Profissional Autorizado: _____ Orgão Emissor: _____ N° Autorização da AITH: _____ Data da Autorização: _____ Assinatura/Cartmbo: _____ CONFIRMADO: <i>Dr. Leandro S. G. Guanabara</i> DATA: <i>24/04/2019</i> CONFIRME: <i>CONFIRME</i> <i>5/5 autorizado</i> <i>5/5 autorizado</i> | | | |

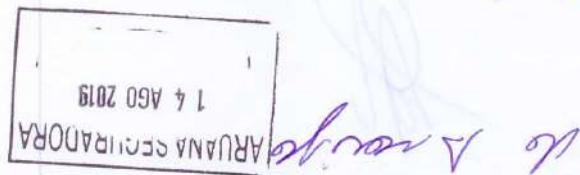
SUS

| | | | |
|---|--|---|---|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | Soliditante: HOSPITAL MONSENOR WALFREDO GURGEL | Excutante: O solicitante ou: |
| Nome: 121527 DEONILIA PEREIRA DE ARAUJO | | Mae: MARIANA SOARES DA SILVA Nascimento: 05/01/1941 Sexo: Feminino Pronome: <i>Deonilia</i> | CNP: 2653923 |
| CNP: 2653923 | | Endereço: RUA DOUTOR APRECIDIO CÂMARA, 246 - CENTRO - SANTANA DO MATOS Município: SANTANA DO MATOS | Fone: 999674376 / |
| CNP: 4421 / RN | | PRAZURA FECHADA DO TORNZELO DIREITO PRINCIPAIS SINAS E SINTOMAS CLÍNICOS: | RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS: |
| | | CONDIGES QUE JUSTIFICAM A INTENCAÇÃO: | SEMILOGIA E RX |
| | | Diagnóstico e Procedimento Inicial: | 382.6 FRATURA DO MALLEOLO LATERAL; 408050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEolar / TRIMALEolar |
| | | KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS | Professional Solicitante / Assintente: |
| | | Data da Solicitação 02/04/2019 | CRM: 4421 / RN |
| PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) | | | |
| () Adveniente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ N° do billete: _____ Série: _____ () Adveniente de Trabalho CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Empresa: _____ CBOR: _____ () Vinculo com previdência: () Empregado () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado () Adveniente de Trabalho CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Empresa: _____ CBOR: _____ AUTORIZAÇÃO Profissional Autorizado: _____ Orgão Emissor: _____ N° Autorização da AITH: _____ Data da Autorização: _____ Assinatura/Cartmbo: _____ CONFIRMO: <i>Dr. Leandro S. G. Guanabara</i> DATA: <i>24/04/2019</i> CONFIRME: <i>CONFIRME</i> <i>5/5 autorizado</i> <i>5/5 autorizado</i> | | | |

Quarta feira
Da tarde Mequeno + Da
das 15/04/19

Fixação da ferida de TNEC

on 07A
anestesia da 09/10/19
Anesthesia num
Anesthesia num



P/ O seção P/curva

RECEITARIO MEDICO

Hospital Deoclecio M. Lucena
Secretaria de Saúde Pública





Assinado eletronicamente por: NATHALIA DE SOUZA MARTINS - 16/10/2019 15:54:16
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101615541641500000048204384>
Número do documento: 19101615541641500000048204384

Num. 49906297 - Pág. 2

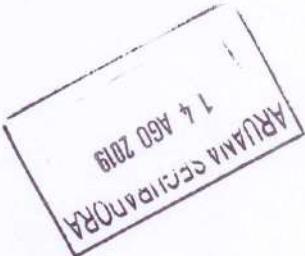
| | | |
|--|---------------------------|--------------------------------------|
| Paciente: <u>José do Nascimento Souza</u> | Município: <u>Itapira</u> | Unidade Solicitante: |
| Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões | | |
| (exemplo D) HAS é d/o de uso alternativo + terapêutica + assistida | | |
| recomendado + medicamental + terapêutica + assistida | | |
| metade - ex-felônio ECG: sumaré BPI | | |
| DE: FOF-200/Sanofi BPI: WU+5/0A. EKG (ultimo) | | |
| HB: 9,2 g/dL: 164000 glic: 150 UN: 24 g: q8 TEP: 32z. | | |
| PF: HSCO mediano p/ (sangue coagulado) | | |
| Média meleorosa hora/hora | | |
| Diagnóstico: | | |
| ARLAIA ACUÍDADORA | | |
| Data: | CRM: | Médico |
| <u>14 AGO 2019</u> | <u>CRM/RN 4009</u> | <u>Retomar à clínica solicitante</u> |
| <u>09/04/19</u> | <u>CRM/RN 4009</u> | <u>Caderneta Telefônica</u> |
| Unidade: | CRM: | As. |
| <u>Unidade</u> | <u>CRM</u> | <u>horas do dia</u> |
| Para o (a): Dr. (a): | CRM/RN 4009 | Caderneta Telefônica |

| | | |
|----------------------------------|--------------------------|---------------------|
| Unidade Solicitante: | Paciente: | Motivo da Consulta: |
| Curitiba - PR | DENILVA FERNANDE ALWANDI | + |
| Município: | Prontuário: | |
| CRM: | Medico: | |
| Data: | | |
| Encaminhado à especialidade: | | |
| Consulta marcada para a Unidade: | | |
| Para o (a) Dr. (a): | | |
| Município: | | |
| horas do dia: | | |

h - 7

PEDIDO DE PARCELA





Medico / CRM CRM-RN: 6770/ET 14133
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGIA
Dr. DILDO F. TORQUATI
Dilido

Parmamirim/RN 16/10/19

nº 5896, a partir da presente data.

afastamento do trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com

Necessitando de 36 (trinta e seis) dias de

(a) nesta Unidade de Saúde às horas,

que o (a) Sr. (a) *Dilido Ferreira de Moura* foi examinado

Atesto para os fins que se fizerm necessários.

ATESTADO MÉDICO



Após avaliar a lesão, tornar a estabilizar a ADM, favorecer a flexibilidade de tecidos moles, otimizar o tonus e forga muscular, melhorar equilíbrio, coordenando a marcha, propriocepção, treinar marcha, recuperar funcionalidade e motoras, independente da lesão. A conduta fisioterapêutica será composta por exercícios molífmofocinéticos para ativar a bomba circulatoria e drenar o edema de membro inferior, realizar alongamentos para melhorar a flexibilidade.

A paciente foi admitida e avaliada por discentes do Departamento de Fisioterapia da UFRN no dia 23/04/2019, com diagnóstico médico de fratura tímaleolar do pé direito e diagnóstico clínico-funcional para restrição de mobilização por gesso na perna direita, mas foi verificado edema em pododáctilos, presente de escoriação em hálux direito e mobilidade palpatória, foi visto calcifico positivo na região de metatarso falangiана, sugestivo de edema em todo o pé, perfurado tissular e sensibilidade preservada. No teste de Jorga muscular, foi verificado grau 5 para triceps sural e grau 4 para quadríceps e isquiotibiais. O uso do gesso impossibilitou avaliar goniometria.

Deolima Pereira de Araújo, /8 anos, sofreu trituração-maleolar do pé direito no dia 02/04/2019, encaminhada ao Hospital Walfrido Gurgel e tratada cirurgicamente no dia 07/04/2019, colocado osteosíntese (placa e parafuso de interseção). No dia 16/04 recebeu alta hospitalar sendo encaminhada para a casa de sua filha em Natal-RN.

Diagnóstico Clínico-Tumacional: Restrição de descarga de peso e marca

Diagnóstico médico: Fratura trimalolar

Data nascimeto: 03/01/1941

Nome: Deolima Pereira de Araújo

ENCAMINHAMENTO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
CENTRO DE CIÉNCIAS DA SAÚDE - CCS
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA



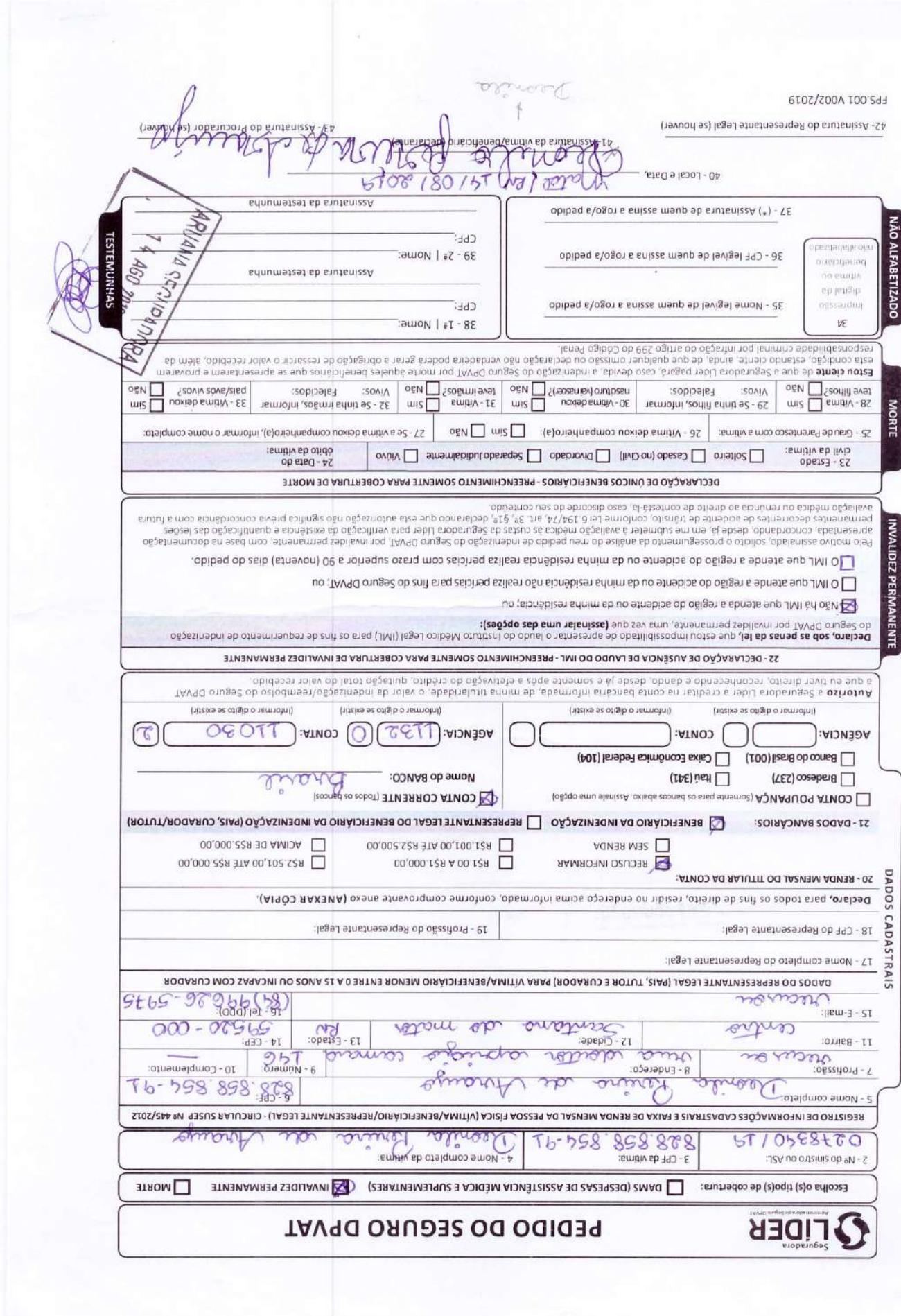
Natal, 29 de maio de 2019

... de la Côte d'Ivoire

desenvolver exercícios em cadeia cinética lechada e isometria para melhorar o tônus e forga muscular, propor treinos proprioceptivos e de equilíbrio após a recuperação da forga muscular, para assim reconquistar uma marcha independente.







Assinado eletronicamente por: NATHALIA DE SOUZA MARTINS - 16/10/2019 15:54:18
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101615541837800000048204393>
Número do documento: 1210161554183780000048204393

Seu Brasil - uno

novo

VASL - 028340 / 19

319047 8825

Scan. Ok!

Plan. Ok!

ID

ARUANA SEGUROS

ARUANA SEGUROS

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Diegma Renata de Andrade

DATA DO ACIDENTE 02/04/2019 CPF DA VITIMA 828.858.854-91

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARENTESCO COM

A VITIMA É VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARENTESCO COM

ENDERECO DO PORTADOR rua obreto sampaio corrano

Nº 146 COMPLEMENTO BARRIO Centro

CIDADE Santana do Mato RAZ RN CEP 59520-000

E-MAIL diegma@uol.com.br TELEFONE (84) 99626-5975

MARQUE (X) PARA CADADA DOCUMENTO E ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

BOLETO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

COMPROVANTE DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO (ORIGINAL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABEA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOSO ATÉ R\$ 2.000,00 (REEMBOSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA 14/08/2019

IDENTIDADE 0010298559

NOME Priscila Florence

ASSINATURA [Assinatura]

14 AGO 2019

Diegma Renata de Andrade

Priscila Florence



Estamos aqui para Você

Seguradora Lider-DPVAT

Atenciosamente,

solicitada.

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

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.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00

(dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Senhor(a), DEONILIA PEREIRA DE ARRUAZO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Data do Acidente: 02/04/2019

Cobertura: DAMS

Seguro DPVAT: 3190389521

Nº do Pedido do

Rio de Janeiro, 03 de julho de 2019

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



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

DEVOLUÇÃO
Seguradora Líder , DPVAT
CAIXA POSTAL 40.970
CEP: 20.270-971
www.seguradoralider.com.br

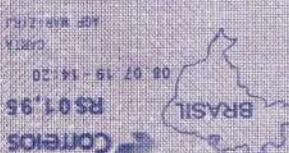
Para uso dos correios
 Mudou-se
 Desconhecido
 Recusado
 Ausente
 Não procurado
 Endereço insuficiente
 Não existe o nº indicado
 Falecido
Data _____/_____/_____

Responsável pela informação
 Morador
 Síndico
 Porteiro

Entregador

CEP 59520-000 - SANTANA DO MATOS - RN

DEONILIA PEREIRA DE ARAUJO
CENTRO
DR APREGIO CAMARA, 146



Administradora do Seguro DPVAT

LÍDER
Seguradora

Seguro DPVAT – Proteção para todos

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.

saiba +
www.seguradoralider.com.br



LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT