



Número: **0812899-75.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **27/08/2020**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60427 271	22/09/2020 08:30	2752409_CONTESTACAO_Anexo_02	Documento de Comprovação



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

Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213323

Vítima: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

Data do Acidente: 06/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA NEIDE DE ARAUJO MENEZES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

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, contatos 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,

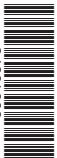
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15860531

Pag. 01957/01958 - carta_01 - INVALIDEZ

00010979





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, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213323

Vítima: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

Data do Acidente: 06/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA NEIDE DE ARAUJO MENEZES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000003226-3

Conta: 0000066845-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



EPS:001-V002/2014



Deposito Conta Corrente
Banco: 237 Agência: 7139 Máquina: 82644
Data: 09/06/2020 Hora: 18:42 N.Trans: 9280
Valor: 5,00
Favorecido:
Banco: 237
Agência: 3226 / MOSSORO-CENTRO
Conta: 0066845-1

Titular: 1: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

Sujeito a conferência.

O depósito realizado durante o expediente bancário ao público será conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Após o expediente bancário e aos sábados, domingos e feriados, o depósito será conferido no primeiro dia útil subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talão de cheques em segundos.
Sem pedir no balcão.
nem esperar pelo correio.





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

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001024070

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 05/06/2020 15:33:19

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 06/02/2020 11:00:00

2.3 Número: SN

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: BOA VISTA

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: RUA COELHO NETO

2.4 CEP:

2.6 Ponto de Referência: SAMIK

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

3.2 Estado: BRANCO

3.5 Mãe: RITA VALCÁCIA DA SILVA

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF: 02801864447

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: DO LAR

3.15 Telefone(s): 84 98323729

3.17 Número: 473

3.19 Bairro: BELO HORIZONTE

3.2 Estado civil: Viúva(a)

3.4 Pai: SEVERINO ARAUJO

3.6 Data de Nascimento: 15/08/1977

3.8 RG: 001691499 - SSP RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ RN

3.14 E-Mail: JACKSONBARRETO25@HOTMAIL.COM

3.16 Logradouro: JOAO VICTOR DE OLIVEIRA

3.18 CEP: 59600470

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

Eu ia de moto na rua COELHO NETO, na mesma direção ia um carro um pouco mais a minha frente. De repente ele virou para esquerda, sem dar pisca alerta que ia entrar. Min. freando sem dar tempo deu deslizar, chegando a bater em min. Caí no chão e tive varias lesões. Foi acionado o samu que min encaminharam para a unidade hospitalar (HRTM) de MOSSORÓ

Dados do veículo do acidente.

• Tipo: motocicleta

Placa: QG09C06

Renavam: 1201080282

Marca e Modelo: HONDA/POP 110i

Nome do proprietário: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

Data: 05/06/2020 15:34:03

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.



Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO
Impresso por: WEB em 05/06/2020 18:29:54

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2020001024070 - Código de autenticação: 5b124ce130c6d9c7be64975e5018c793

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:30:55
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092208305492300000057981146>
Número do documento: 20092208305492300000057981146

Num. 60427271 - Pág. 5

LIDER **PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

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

3 - Nº do registro ou ASL: 1008.018.644-44 4 - Nome completo da vítima: Maria Rosimede de Jesus Telesone

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSBR Nº 645/2013

5 - Nome completo: Maria Rosimede de Jesus Telesone 8 - CPF: 1008.018.644-44

7 - Profissão: De Lar 9 - RUA: Rua João Victor de Oliveira 10 - Complemento: 1000

11 - Bairro: Bela Horizonte 12 - Cidade: Motobo 13 - Estado: RN 14 - CEP: 596.00-440

15 - E-mail: wibe@ptm.com.br 16 - Tel (DDD): (84) 3334-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ATE R\$2.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$3.000,00 ☐ R\$1.000,00 ATE R\$2.000,00 ☐ ACIMA DE R\$3.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

☐ CONTA POUPEANÇA (Simbólica para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Itaú (304) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 3226 CONTA: 66845

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

23 - Declaro, sob as penas da Lei, que estou apresentando de apresentar o laudo de Instituto Médico Legal (IML) data de 11/09/2020, com o teor que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, consoante, desde já, em me reservo a análise médica pericial, caso necessária, às custas da Seguradora Lider, por ocasião da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito ocorrido por acidente de trânsito, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta declaração não implica em concordância com a futura avaliação médica do responsável em direito de concessão e avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil do segurado: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

25 - Se a vítima deixou filhos: ☐ Sim ☐ Não

26 - Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

29 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

30 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

31 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

32 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

33 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

34 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

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

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

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo):

38 - Nome: Maria Rosimede de Jesus Telesone

39 - CPF: 1008.018.644-44

40 - Local e data: Motobo RN, 09/09/2020

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

42 - Assinatura do representante legal (se houver):



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000000066845-1

Nr. Autenticação

BRADESCO2306202005000000000023703226000000066845168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:30:55

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092208305492300000057981146>

Número do documento: 20092208305492300000057981146

Num. 60427271 - Pág. 7

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

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



COSERN

www.cosern.com.br

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 201 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA NEIDE DE ARAUJO MENEZES
CPF: 028.018.044-60 NIS: 20513718148

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO VICTOR DE OLIVEIRA 473

BELO HORIZONTE/AREA URBANA
58601-470 MOSSORO RN

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

DATA DE VENCIMENTO

21/05/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

11/05/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/05/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

041865605

Serie: U

CONTA CONTRATO

000857009134

Nº DO CLIENTE

3000774370

Nº DA INSTALAÇÃO

000166826

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico

RESERVADO AO FISCO

6D19.710F.CPBB.F6CD.0239.8C45.181D.5E53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	26,00	0,00000002	0,00
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	26,00	0,00000002	0,00
Multa por atraso-NF 040301744 - 03/04/20			0,64
Multa por atraso-NF 038793503 - 03/03/20			0,34
Juros por atraso-NF 040301744 - 03/04/20			0,20
Juros por atraso-NF 038793503 - 03/03/20			0,29
Atualização IGPM-NF 040301744 - 02/04/20			0,13
Atualização IGPM-NF 038793503 - 03/03/20			0,25
TOTAL DA FATURA			1,86

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	18,00	0,00	0,00	0,95	0,00	0,00	4,42	0,00

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,00000003
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,00000002
Consumo-TE até 30 kWh	0,00000003
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,00000002

HISTÓRICO DO CONSUMO

					KWh
MAR 20					96
ABR 20					95
MAR 20					93
FEV 20					208
JAN 20					207
DEZ 19					193
NOV 19					189
OUT 19					167
SET 19					212
AGO 19					188
JUL 19					162
JUN 19					162
MAR 19					246

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	0,00	100,00
Transmissão	0,00	0,00
Distribuição (Cosern)	0,00	0,00
Energias Alternativas	0,00	0,00
Tributos	0,00	0,00
Perdas de Energia	0,00	0,00
TOTAL	0,00	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000000229796	CAT	08/04/2020	16.308,00	08/05/2020	16.358,00	30	1,00000	0,00	50,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/06/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
DIC-Núcleo fixado em Energia	MOSSORO III	0,00	4,95	0,91	19,82
PIC-Modo vezes em Energia		0,00	3,17	0,35	12,70
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00

DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico Limite DICRI: 12,22

EUSD-Valor de Energia de Uso - R\$ 0,00

Todo consumidor pode solicitar a aprovação dos indicadores DIC, PIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você na internet: www.manejohermes.com.br, pelo telefone 455, pelo aplicativo completo em www.cosern.com.br.
MP 950/2020-Tarifa Social-Desconto no consumo até 220kWh.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira amarela é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês (isenção do ICMS conforme Art. 14, do RICMS-RN).
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 38,93.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesso.saude.gov.br/coronavirus

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000857009134	05/2020	0,00	21/05/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:30:55

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092208305492300000057981146>

Número do documento: 20092208305492300000057981146

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 159, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142
-Ouvidoria: 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0157 -Ligação Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARIA NEIDE DE ARAUJO MENEZES CPF: 028.018.044-60 NIS: 20813718148	DATA DE VENCIMENTO 21/05/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 11/05/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 14/05/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 041965605 Série: U	CONTA CONTRATO 000857009134 Nº DO CLIENTE 3000774370 Nº DA INSTALAÇÃO 0001656826
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JOAO VICTOR DE OLIVEIRA 473 BELO HORIZONTE/ÁREA URBANA 59600-470 MOSSORO RN	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 6D19,710F,CFBB,F6CD,0239,8C45,1B1D,5E53			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	26,00	0,00000002	0,00
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	26,00	0,00000002	0,00
Multa por atraso-NF 040301744 - 08/04/20			0,84
Multa por atraso-NF 038793503 - 09/03/20			0,34
Juros por atraso-NF 040301744 - 08/04/20			0,20
Juros por atraso-NF 038793503 - 09/03/20			0,29
Atualização IGPM-NF 040301744 - 08/04/20			0,13
Atualização IGPM-NF 038793503 - 09/03/20			0,25
TOTAL DA FATURA			1,85

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
0,00	18,00	0,00	0,00	0,96	0,00	0,00	4,42

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,00000003	MAI 20	56
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,00000002	ABR 20	85
Consumo-TE até 30 kWh	0,00000003	MAR 20	59
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,00000002	FEV 20	208
		JAN 20	207
		DEZ 19	193
		NOV 19	185
		OUT 19	187
		SET 19	212
		AGO 19	158
		JUL 19	102
		JUN 19	162
		MAI 19	246

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Gerção de Energia	0,00 100,00
Transmissão	0,00 0,00
Distribuição (Cosern)	0,00 0,00
Energia Soterial	0,00 0,00
Tributos	0,00 0,00
Perdas de Energia	0,00 0,00
TOTAL	0,00 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTO	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000000225786	CAT	02/04/2020	16.389,00	02/05/2020	16.365,00	30	1,00000	0,00	58,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL
DIC-Índice de horas sem Energia	MOB90R0 III	0,00	4,95	9,91
FIC-Índice de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,77	9,00
DICRI-Duração da Interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 12,22
EUBD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 0,00				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você na informal: r manual hermeline dos santos,323, belo horizonte / varejao lib: na padaria fraia,455, belo horizonte.Lista completa em www.cosern.com.br." MP 959/2020-Tarifa Social-Desconto no consumo até 220kWh. O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(R\$414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês (isenção do ICMS conforme Art. 14, do RICMS-RN). Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 38,93 . O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus	NÍVEL DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)									
	MÍNIMO	MÁXIMO								
220	202	231								

CONTA CONTRATO 000857009134	MÊS/ANO 05/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 21/05/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--

FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
--------------------	------------------------------





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1586 / Outras regiões: 0800 032 17 84

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 31 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ovidual: 0800 021 51 35

Eu, Maria Nide de Azeite Menezes
RG nº 001.691.550, data de expedição 30/04/18
Órgão SSP RN, CPF nº 008.018.044-60
venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua João Victor de Oliveira</u>
Número	<u>473</u>
Apto/Complemento	<u>205A</u>
Bairro	<u>Bela Horizonte</u>
Cidade	<u>Mossoró</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59600-470</u>
Tel. de contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>lida.petrucci</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Mossoró RN 06/08/20

Maria Nide de Azeite Menezes

Assinatura do Declarante





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-15967 / Outras regiões: 0800-022-1204

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-1206 | Central Ombudsman: 0800-021-9135

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/b61107ecaweb/DOCORIGINAL/EX717F0-13CODIGO-20636>

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

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

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E REGULAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO; CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM FORTALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9/03/98.

Pelo exposto, eu Maria Neide de Araujo Menezes
inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.018.044 / 60 na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário
Maria Rosimede Araujo Tostone inscrito (a) no CPF sob o nº 008.018.644-44
do sinistro de DPVAT cobertura Envolvidos da Vítima Maria Rosimede Araujo Tostone
inscrito (a) no CPF sob o nº 008.018.644 / 44 conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresenta os documentos comprobatórios:
☒ Recusa informar

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

Endereço:	<u>Rua João Victor de Oliveira</u>	Número:	<u>473</u>	Complemento:	<u>lote</u>
Bairro:	<u>Bole Horizonte</u>	Cidade:	<u>Mossoro</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:	<u>Não Possui</u>	CPF:	<u>596.00-470</u>	Tel. (DDD):	<u>(84) 99821-0066</u>

Local e Data: Mossoro RN 09/06/20

Maria Neide de Araujo Menezes
Assinatura do Declarante

DL012.001 V001/2017





SE-SAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 2639 /2020

Admissão: 06/02/2020 11:23:00

OK

CIRURGIA VASCULAR - VERDE

Paciente: 57100 - MARIA ROZIMEIRE ARAUJO TOSCANO (42 a 5 m 17 d)

Nascimento: 20/08/1977

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: RITA VALCACIA DA SILVA ARAUJO

Pai: SEVERINO ARAUJO

Logradouro: MANOEL HERMELINO DOS SANTOS, 77

CEP: 59600450

Bairro: BELO HORIZONTE

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.86061123

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO DE TRAUMA.

Classificação:

PESO:

06/02/2020 11:19:56

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 / 80		99		18	93			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: paciente vítima de colisão moto carro (sic) apresentando trauma em joelho D.

Dt e Hora: 06/02/2020, Colisão moto carro de esquerda. Nixs 55ml/kg
 Nixs vômito. Paciente com dispendio de energia, dor
 Nixs de dor no joelho direito.
 A. VAP com coloração avermelhada e macho. Nixs cervicalgia.
 B. MVE bilateral NIRA. SatO2 98%
 C. Hemodinâmica normal, FC 94bpm
 D. G15; P15R, sem déficit motor, hiperreflexia no M10
 E. Deformidade no joelho D.

Diagn. Inicial: Trauma ortopédico?

Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

1) Alta da cirurgia geral + orientações + aos cuidados da Ort.

2) Avaliação da ortopedia.

3) Voltar a 75mg 13ml, Omeprazol, 1M, agora.

4) Retiro do protocolo de imobilização.

Dr. Vinícius Jefferson de Oliveira
 Cirurgião Geral
 CRM-RN 6640

11:30

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

RUA DO COMENDADOR JOSE SILVA

SAPÉ MOSSORO

14/02/2020

GABINETE / ARQUIVO

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

CID

Proc.

Data:

/ /20.

Hr:

Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 06 de Fevereiro de 2020.

(Assinar e Carimbar)



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:30:55

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092208305492300000057981146

Número do documento: 20092208305492300000057981146

Num. 60427271 - Pág. 13

Prontuário: 211886



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO** (Fia: 630/2020), CPF:02801864447.

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

Mossoró/RN, 06 de Fevereiro de 2020.

Maria Neide de Araújo Meneses
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 14/02/2020
Rapalla
Assinatura

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.
DATA 15/02/2020
[Assinatura]
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 14/02/2020
[Assinatura]
SAME / ARQUIVO



PM 13:00 06.02.2020 TR-ORTOP

DOR NO JOELHO D.

TRAUMA EM ACIDENTE COM MOTOCICLETA

VIGIL - CONSCIENTE - EM MACA HOSPITALAR

JOELHO: DOR - DOR - LIMITADA

PM: LESÃO DA TIBIA PROXIMAL

DIAG: FRAT. DA TIBIA D.

CONDUTA:

- INDICADO TRAT CIR.
- SOLICITO INTERNAÇÃO
- TALA COXO-POD.

Dr. João Américo da Silva Neto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 2517

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EXATIDÃO DO ORIGINAL
SANE R05800 14.02.2020
C. 134 / ARQUIVO





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **57100 MARIA ROZIMEIRE ARAUJO TOSCANO**

Prontuário:

CNS:

Nascimento: 20/08/1977

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: RITA VALCACIA DA SILVA ARAUJO

Pai: SEVERINO ARAUJO

Endereço: RUA MANOEL HERMELINO DOS SANTOS, 77 - BELO HORIZONTE - MOSSORO

Fone: 86061123 /

Município: MOSSORO

Código Municipal IBGE:

240800 UF: RN

CEP: 59600-450

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo: 192 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

DOR NO JOELHO DIREITO.

TRAUMA EM ACIDENTEUSO DE MOTOCICLETA.

JOELHO D: EDEMA. DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL

RADIOGRAFIAS: LESÃO DA TIBIA PROXIMAL, PLANALTO LATERAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

AMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RADIOGRAFIAS: DESCRITO ACIMA

Diagnostico e Procedimento Inicial:

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA*408050551. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO

Profissional Solicitante / Assistente:

JOAO FIRMINO DA SILVA NETO

CRM: 2517 / RN

Data da Solicitação 06/02/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:

() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:

() Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Órgão Emissor: Nº Autorização da AIH:

Documento: () CNS () CPF nº

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo:

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 14/02/2020
B1W
SAME / ARQUIVO



Paciente: 57100 - MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

FIA: 8-630/2020

Idade: 42 ano(s) 5 mes(es) e 22 dia(s)

Prescrição Nº: 1

Hospital / Unidade: HRTM - OBS FEMININA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 211886

Peso:

Data Internação: 06/02/2020 13:12

Início Validade: 06/02/2020 16:44 até 07/02/2020 16:43

Quarto / Leito: 1 - 21E

Médico Resp.: 66-JOAO FIRMINO DA SILVA NETO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

06/02/2020 16:50:18 - DIH 1º

FRATURA DO JOELHO DIREITO - PLANALTO TIBIAL LATERAL

Solicito exames pré-operatórios.

Solicito parecer cardiológico.

Prescrição: Manter uso de medicamentos do domicílio.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - DIABETES (DM)						CONTÍNUO
SOLUÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SOLUÇÃO DE a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 24h	2.000	ML	IV	Contínuo	27,778gota	3 2 3 4
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - TENOXICAN 40MG - PO	1	FA	IV	24h/24h	12	
4 - DAPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML Diluição: 8ml SFD 9%	1	AMP	IV	6h/6h	22	20 16
5 - ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC	1	SER	SC	24h/24h	22	
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						CONTÍNUO
SERVIÇO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
7 - CARDIOLOGIA - PARECER Obs.: AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DO RISCO CIRÚRGICO						DOSE UNI

JOAO FIRMINO DA SILVA NETO
CRM-2517/RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORO 14/02/2020
Blm

SAME / ARQUIVO



12/02/2020

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

Nome: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO 42 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 212-2
DATA DA ADMISSÃO: 06/02/2020 MOSSORÓ-RN CODIGO: 57100

DATA	EVOLUÇÃO
Nº fraturas: 01	6º DIH POR FX DE PLATO TIBIAL (SCHATZKER 2) DIREITO - EM USO DE TALA GESSADA INGUINOPODALICA (ESQUIZOFRENIA + DEPRESSÃO + DM2) QP: APRESENTOU PICO HIPERTENSIVO ONTEM. EF: BEG, COTE, EUPNEICA, NORMOCORADA, AFEBRIL, HIDRATADA ACV: RITMO CARDÍACO REGULAR, ZT, SEM SOPRO, BNF. AR: MV+ EM AMBOS HEMITORAX. SRA. ABD: GLOBOSO, RHA+, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO MID: NEUROVASCULAR PRESERVADO. USO TALA GESSADA CRUROPODALICA SITUAÇÃO: SOLICITAÇÃO PARA INCLUSÃO NO SISREG PREENCHIDA E ANEXADA - AGUARDA MARCAÇÃO DA CIRURGIA LABORATÓRIO (08/02/2020): HB: 11.4 LEUCO: 5500 PLAQ: 310000 UREIA: 12 CR: 0.6 TGO: 18 TGP: 13 RISCO CIRÚRGICO BAIXO CIRURGIA HOJE NO HWR CD: INICIO CAPTOPRIL


	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ZERO	
2	SFO, 9% 100ML EV PARA 24 HORAS	1º 2º
3	DIPIRONA 1G + 100ML SFO, 9% EV 6/6 HORAS SE DOR	
4	RANITIDINA 150 MG - 01 CP VO PELA MANHA	
5	METFORMINA 850MG - 01 CP 1X/DIA POS ALMOÇO	12 06
6	DIAZEPAM 10MG - 01 COMP VO A NOITE (FAZER RECEITA)	
7	CAPTAPRIL 50 MG - 1 COMP VO 7:00 H 1X/DIA	
8	MEDICAÇÕES DE USO DOMICILIAR (COM A PACIENTE) AKINETON 20MG 1X/DIA HALDOL DECANOATO 50MG IM 2X/NO MÊS AMITRIPTILINA 25MG-01CP VO A NOITE FLUOXETINA 20MG - 01CP VO A NOITE	> c/ a família
9	SSVV + CCGG	

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM/RN 7438 REG-16088 RQE 3741

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 14/02/2020
BIAO
SAME / ARQUIVO



12/02/20

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Henrique Romário Araújo Tassan</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO / /	9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD		13 - NOME DO RESPONSÁVEL
14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD		15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF 19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Lesão rotunda de queda ao solo com dor platô.</i> <i>Rx - Fratura Plató Tibial @</i>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade Correção Limb</i>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Úlcera e Rachiolo</i>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Plató Tibial</i>	24 - CID 10 PRINCIPAL <i>S82-L</i>	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento Limb Fratura Plató Tibial</i>		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>01 91018 1015 1015 1511</i>	
29 - CLÍNICA <i>Cirurgia</i>	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Imparier</i>	31 - DOCUMENTO () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>915191211216151118171111</i>
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Guilherme Carlos Rigolin</i>		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>09/02/20</i>	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Guilherme Carlos Rigolin</i> <i>CRM 102777/1531</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA SEGURADORA 40 - Nº DO BILHETE 41 - SÉRIE	42 - CNPJ EMPRESA 43 - CNAE DA EMPRESA 44 - CBOR
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CDD, EMISSÃO EMISSOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					



Paciente: 57100 - MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

FIA: 8-630/2020

Idade: 42 ano(s) 5 mes(es) e 22 dia(s)

Prescrição Nº: 1

Hospital / Unidade: HRTM - OBS FEMININA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 211886

Peso:

Data Internação: 06/02/2020 13:12

Início Validade: 06/02/2020 16:44 até 07/02/2020 16

Quarto / Leito: 1 - 21E

Médico Resp.: 66-JOAO FIRMINO DA SILVA NETO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

06/02/2020 16:50:18 - DIH 1º

FRATURA DO JOELHO DIREITO - PLANALTO TIBIAL LATERAL

Solicito exames pre-operatórios.

Solicito parecer cardiológico.

Prescrição. Manter uso de medicamentos do domicílio.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - DIABETES (DM)					CONTÍNUO	
SOLUÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SOLUÇÃO DE a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 24h	2.000	ML	IV	Contínuo	27,778gota	3-5-3-4-
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - TENOXICAN 40MG - PO	1	FA	IV	24h/24h	1X	
4 - DÍPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML Diluição: 8ml SF0,9%	1	AMP	IV	6h/6h	22-07-10 X	
5 - ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC	1	SER	SC	24h/24h	22	
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS					CONTÍNUO	
SERVIÇO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
7 - CARDIOLOGIA - PARECER Obs.: AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DO RISCO CIRÚRGICO					DOSE UN	

JOAO FIRMINO DA SILVA NETO
CRM-2517/RN

① Euclopolion - 120mg, 1x/dia, 12h
 ② Hb 616h
 ③ Insulina regular, conforme Hb.

Dr. João Firmino da Silva Neto
 Cardiologista Internista
 CRM-2517/RN



Paciente: 57100 - MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO
 FIA: 8-630/2020
 Idade: 42 ano(s) 5 mes(es) e 22 dia(s)
 Prescrição Nº: 1
 Hospital / Unidade: HRTM - OBS FEMININA
 Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 211886
 Data Internação: 06/02/2020 13:12
 Início Validade: 06/02/2020 16:44 até 07/02/2020 16:43
 Quarto / Leito: 1 - 21E
 Médico Resp.: 66-JOAO FIRMINO DA SILVA NETO

Peso:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

212-2

06/02/2020 16:50:18 - DIH 1º
 FRATURA DO JOELHO DIREITO - PLANALTO TIBIAL LATERAL

Solicito exames pre-operatórios.
 Solicito parecer cardiológico.

Prescrição. Manter uso de medicamentos do domicílio.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - DIABETES (DM)					CONTÍNUO	
SOLUÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SOLUÇÃO DE a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 24h	2.000	ML	IV	Contínuo	27,778gota	5-2-3-4
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - TENOXICAN 40MG - PO	1	FA	IV	24h/24h	12	
4 - DIFTRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML Diluição: 8ml SF0,9%	1	AMP	IV	6h/6h	22-24-10-16	
5 - ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC	1	SER	SC	24h/24h	22	
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS					CONTÍNUO	
SERVIÇO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
7 - CARDIOLOGIA - PARECER Obs.: AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DO RISCO CIRÚRGICO					DOSE UNI	

JOAO FIRMINO DA SILVA NETO
 CRM-2517/RN

① Enoxaparina - 1200mg, 12/24h, SC
 ② Hb 6/6h
 ③ Insulina regular, conforme Hb.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORO 14/02/2020
 B. M.

SAME / ARQUIVO

a: (A) alterado - (S) suspenso - (S/N) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de Alto Risco

06/02/2020 16:53



Cardiologia 07/06/2020

- ① 42ans
- ② Assintomático
- ③ Background funcional
- ④ 12-lead ECG: cardiopatia coronária
- ⑤ História pregressa
- ⑥ BGR, apêndice cecum
Hx familiar: HAS
PCR, VT, BHK AS
150/90 FC = 70
- ⑦ ds, FC = 75 bpm, PRV = 60
Ousultat 60° ST - normal
- ⑧ Exame de urina: 23%
- ⑨ Exame de urina: 23%
- ⑩ Exame de urina: 23%
- ⑪ Exame de urina: 23%

Dr. Tamar N. ...
Cardiologia Internista
CRM 5639



Cardiograma 07-04-2020

- ① Hraus
- ② Assintomático
- ③ Não evidenciado fúnculo
- ④ 12 leads 0.1mV cardiograma 12 leads
- ⑤ Transitado proporcionalmente
- ⑥ ECG, apêndice corrente
- ⑦ 12 leads 0.1mV
- ⑧ PRR, V1, BVR 25
- ⑨ 150/90 FC = 70
- ⑩ ds. FC = 75 bpm, Pulverado 84.6°
- ⑪ Auscultat. Sístole 60° st. incluído
- ⑫ Exame de urina PCV: 23%
- ⑬ Baixo risco cirúrgico
- ⑭ Eucorpiado

Dr. Tamar N. ...
Cardiologia Inter. ...
CRM-RN 5639

HOSPITAL REGIONAL TAPCIBIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO 14/02/2020
SAME / ARQUIVO BIM

ANEXO 01 - 01/04/2020 - 14/04/2020
JANUÁRIO 01/04/2020 - 14/04/2020
JANUÁRIO 01/04/2020 - 14/04/2020

ANEXO 02 - 01/04/2020 - 14/04/2020



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200213323 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO **Data do acidente:** 06/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200213323 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO **Data do acidente:** 06/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Maria Rosimide Araújo Teles, brasileiro (a),
Estado civil: Viuva, Profissão: Do lar, Data do Acidente 06/02/20
Cobertura Invalida, Portador (a) do RG 001.691.499, Órgão Expedidor: SSPRN
e do CPF: 028.018.644-47, residente no(a) Rua João
Victor de Oliveira, nº 143
Bairro Bela Horizonte, Município: Mettore, 1 RN

OUTORGADO:

Nome: Maria Wende de Araújo Menezes, brasileiro (a),
Estado Civil: Solteira, Profissão: Autônoma
Portador (a) do RG: 001.691.550, Órgão Expedidor: SSPRN
E do CPF: 028.018.044-60, residente no(a) Rua João Victor de Oliveira, nº 143
Bairro: Bela Horizonte, Município: Mettore, 1 RN

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

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

Mettore RN 09/06/20
Local e data

Maria Rosimide Araújo Teles
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165529/20

Vítima: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

CPF: 028.018.644-47

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/02/2020

Titular do CPF: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA NEIDE DE ARAUJO MENEZES : 028.018.044-60

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

MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO : 028.018.644-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/06/2020
Nome: MARIA NEIDE DE ARAUJO MENEZES
CPF: 028.018.044-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

MARIA NEIDE DE ARAUJO MENEZES

GERCIA LOURENCO DA SILVA

