



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	<u>2752409_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Depósito Conta Corrente

Banco: 237 Agencia: 7139 Maquina: 82644
Data: 09/06/2020 Hora: 18:42 N.Trans: 9260

Valor: 5,00

Favorecido:

Banco: 237
Agencia: 3226 / MOSSORÓ-CENTRO
Conta: 0066845-1

Titular: 11 MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

Sujeito a conferencia.

O depósito realizado durante o expediente bancário ao público sera 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 sera conferido no primeiro dia útil subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.
Seu fôlão 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 desse documento está condicionada à 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

2.2 Logradouro: RUA COELHO NETO

2.3 Número: SN

2.4 CEP:

2.5 Complemento:

2.6 Ponto de Referência: SAMIK

2.7 Bairro: BOA VISTA

2.8 Cidade: MOSSORÓ

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

3.2 Estado civil: Vôivo(a)

3.3 Rua: BRANCO

3.4 Pai: SEVERINO ARAUJO

3.5 Mãe: RITA VALCÁCIA DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 15/08/1977

3.7 Sexo: FEMININO

3.8 RG: 001691499 - SSP RN

3.9 CPF: 02801864447

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ RN

3.13 Profissão: DO LAR

3.14 E-Mail: JACKSONBARRETO25@HOTMAIL.COM

3.15 Telefone(s): 64 98923729

3.16 Logradouro: JOÃO VÍCTOR DE OLIVEIRA

3.17 Número: 473

3.18 CEP: 59600470

3.19 Bairro: BELO HORIZONTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DA(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. Derrapante ele virou para esquerda, sem dar pisca. alerta que ia entrar. Minh trancando sem dar tempo deu desviar, chegando a bater em mim. Caiu no chão e tive varias lesões. Foi atônico o senhor que mim encaminhou para a unidade hospitalar (HRTM) de MOSSORÓ

Dados do veículo do acidente.

· Tipo: motocicleta

Placa: OGCGC06

Renavam: 1201080262

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.



Assinado digitalmente por: RUBENS PAES BEZERRA FILHO
Impresso por: WEB em 09/06/2020 18:29:54

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> 01 R\$ 100,00 DEPENSA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES		<input type="checkbox"/> 02 INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> 03 MORTALHADA
3 - Número do protocolo ASL: 108 018 644-47			
4 - Nome completo da Vítima: Maria Rosineide Alves Teixeira			
5 - Nome completo: Maria Rosineide Alves Teixeira			
6 - Endereço: De Lote Rua José Vitor de Oliveira		7 - Bairro: Bento Gonçalves	8 - Cidade: Motokane
9 - CEP: 596 00 - 440		10 - Telefone: (49) 3277 0066	11 - Email: viva@ptt.com.br
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOS E CURADORES PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS) OU INCAPAZ CURADOR			
12 - Nome completo do Representante Legal:			
13 - CPF do Representante Legal:		14 - Profissão do Representante Legal:	
15 - Declaração para todos os fins de direito, ressalvando endereço sólido informado, conforme comprovante anexo (ANEXO 02 CÓPIA): Declaro, para todos os fins de direito, ressalvando endereço sólido informado, conforme comprovante anexo (ANEXO 02 CÓPIA).			
16 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECEBIDO INFORMAR			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA			
17 - DADOS BANCÁRIOS:			
<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO			
<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL/PF/BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS/CURADOR/TUTOS)			
18 - CONTA CORRENTE (Poder de decisão): Bradesco			
19 - Número da Conta: 3326 3			
20 - Agência: 66845			
21 - Informações adicionais: (Informar o valor da renda)			
22 - Autorização à Seguradora (deve ser feita em todos os formulários): Autorizo à Seguradora Lider a credenciar que consta no formulário de ato de voluntariedade, o valor da indenização e os recebimentos de Busto DPVAT, dentro do seu limite, recorrendo ao Juiz da Vara, se necessário, e somente após a efetivação do crédito, quitação (caso do valor recebido).			
23 - DECLARAÇÃO DE ALTA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SÓLIDO PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE:			
Declaro, sob as penas da Lei, que estou (não) sujeito(a) de apresentar a laudo de alta do IML (não) para os fins de requerimento de indenização do seguro DPVAT (não 6.184/74), uma vez que: * Não há IML que atenda a régua do acidente (não da minha residência) não realize cirurgias para fins do Seguro DPVAT; ou * O IML que atende a régua do acidente (não da minha residência) realize cirurgias com prejuízo superior a 50% (cinquenta por cento) do pedido. * O IML que atende a régua do acidente (não da minha residência) realize cirurgias com prejuízo superior a 50% (cinquenta por cento) do pedido, com base no instrumento médico solicitado e apresentado do laudo do IML, comprovando, desde já, que me submetter a cirurgias médicas para atingir o custo de Seguradora Lider para verificação e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito (não) por acidente automóvel, conforme o disposto na Lei 6.184/74. Declaro que este desprêço não significa minha concordância com a futura avaliação médica da resolução em direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE DADOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓLIDO PARA COBERTURA DE MORTALHADA:			
24 - Estado: Sólo			
25 - Endereço: Sólo			
26 - Vítima deixou com parentesco: Sólo			
27 - Se a vítima deixou com parentesco(s), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? Sólo			
29 - Se tinha filhos, informar: Sólo			
30 - Vítima deixou: Sólo			
31 - Vítima teve filhos? Sólo			
32 - Se tinha filhos, informar: Sólo			
33 - Vítima deixou: Sólo			
34 - Vítima deixou: Sólo			
35 - Nome legal de quem assina o pedido (á logo):			
36 - CPF legal de quem assina o pedido (á logo):			
37 - Assinatura de quem assina o pedido (á logo):			
38 - Local e data: Motokane RN/07/2020			
39 - Assinatura da vítima/beneficiário (á logo):			
40 - Assinatura do representante legal (á logo):			
41 - Assinatura do representante legal (á logo):			
42 - Assinatura do representante legal (á logo):			
43 - Assinatura do representante legal (á logo):			
44 - Assinatura do representante legal (á logo):			
45 - Assinatura do representante legal (á logo):			
46 - Assinatura do representante legal (á logo):			
47 - Assinatura do representante legal (á logo):			
48 - Assinatura do representante legal (á logo):			
49 - Assinatura do representante legal (á logo):			
50 - Assinatura do representante legal (á logo):			
51 - Assinatura do representante legal (á logo):			
52 - Assinatura do representante legal (á logo):			
53 - Assinatura do representante legal (á logo):			
54 - Assinatura do representante legal (á logo):			
55 - Assinatura do representante legal (á logo):			
56 - Assinatura do representante legal (á logo):			
57 - Assinatura do representante legal (á logo):			
58 - Assinatura do representante legal (á logo):			
59 - Assinatura do representante legal (á logo):			
60 - Assinatura do representante legal (á logo):			
61 - Assinatura do representante legal (á logo):			
62 - Assinatura do representante legal (á logo):			
63 - Assinatura do representante legal (á logo):			
64 - Assinatura do representante legal (á logo):			
65 - Assinatura do representante legal (á logo):			
66 - Assinatura do representante legal (á logo):			
67 - Assinatura do representante legal (á logo):			
68 - Assinatura do representante legal (á logo):			
69 - Assinatura do representante legal (á logo):			
70 - Assinatura do representante legal (á logo):			
71 - Assinatura do representante legal (á logo):			
72 - Assinatura do representante legal (á logo):			
73 - Assinatura do representante legal (á logo):			
74 - Assinatura do representante legal (á logo):			
75 - Assinatura do representante legal (á logo):			
76 - Assinatura do representante legal (á logo):			
77 - Assinatura do representante legal (á logo):			
78 - Assinatura do representante legal (á logo):			
79 - Assinatura do representante legal (á logo):			
80 - Assinatura do representante legal (á logo):			
81 - Assinatura do representante legal (á logo):			
82 - Assinatura do representante legal (á logo):			
83 - Assinatura do representante legal (á logo):			
84 - Assinatura do representante legal (á logo):			
85 - Assinatura do representante legal (á logo):			
86 - Assinatura do representante legal (á logo):			
87 - Assinatura do representante legal (á logo):			
88 - Assinatura do representante legal (á logo):			
89 - Assinatura do representante legal (á logo):			
90 - Assinatura do representante legal (á logo):			
91 - Assinatura do representante legal (á logo):			
92 - Assinatura do representante legal (á logo):			
93 - Assinatura do representante legal (á logo):			
94 - Assinatura do representante legal (á logo):			
95 - Assinatura do representante legal (á logo):			
96 - Assinatura do representante legal (á logo):			
97 - Assinatura do representante legal (á logo):			
98 - Assinatura do representante legal (á logo):			
99 - Assinatura do representante legal (á logo):			
100 - Assinatura do representante legal (á logo):			
101 - Assinatura do representante legal (á logo):			
102 - Assinatura do representante legal (á logo):			
103 - Assinatura do representante legal (á logo):			
104 - Assinatura do representante legal (á logo):			
105 - Assinatura do representante legal (á logo):			
106 - Assinatura do representante legal (á logo):			
107 - Assinatura do representante legal (á logo):			
108 - Assinatura do representante legal (á logo):			
109 - Assinatura do representante legal (á logo):			
110 - Assinatura do representante legal (á logo):			
111 - Assinatura do representante legal (á logo):			
112 - Assinatura do representante legal (á logo):			
113 - Assinatura do representante legal (á logo):			
114 - Assinatura do representante legal (á logo):			
115 - Assinatura do representante legal (á logo):			
116 - Assinatura do representante legal (á logo):			
117 - Assinatura do representante legal (á logo):			
118 - Assinatura do representante legal (á logo):			
119 - Assinatura do representante legal (á logo):			
120 - Assinatura do representante legal (á logo):			
121 - Assinatura do representante legal (á logo):			
122 - Assinatura do representante legal (á logo):			
123 - Assinatura do representante legal (á logo):			
124 - Assinatura do representante legal (á logo):			
125 - Assinatura do representante legal (á logo):			
126 - Assinatura do representante legal (á logo):			
127 - Assinatura do representante legal (á logo):			
128 - Assinatura do representante legal (á logo):			
129 - Assinatura do representante legal (á logo):			
130 - Assinatura do representante legal (á logo):			
131 - Assinatura do representante legal (á logo):			
132 - Assinatura do representante legal (á logo):			
133 - Assinatura do representante legal (á logo):			
134 - Assinatura do representante legal (á logo):			
135 - Assinatura do representante legal (á logo):			
136 - Assinatura do representante legal (á logo):			
137 - Assinatura do representante legal (á logo):			
138 - Assinatura do representante legal (á logo):			
139 - Assinatura do representante legal (á logo):			
140 - Assinatura do representante legal (á logo):			
141 - Assinatura do representante legal (á logo):			
142 - Assinatura do representante legal (á logo):			
143 - Assinatura do representante legal (á logo):			
144 - Assinatura do representante legal (á logo):			
145 - Assinatura do representante legal (á logo):			
146 - Assinatura do representante legal (á logo):			
147 - Assinatura do representante legal (á logo):			
148 - Assinatura do representante legal (á logo):			
149 - Assinatura do representante legal (á logo):			
150 - Assinatura do representante legal (á logo):			
151 - Assinatura do representante legal (á logo):			
152 - Assinatura do representante legal (á logo):			
153 - Assinatura do representante legal (á logo):			
154 - Assinatura do representante legal (á logo):			
155 - Assinatura do representante legal (á logo):			
156 - Assinatura do representante legal (á logo):			
157 - Assinatura do representante legal (á logo):			
158 - Assinatura do representante legal (á logo):			
159 - Assinatura do representante legal (á logo):			
160 - Assinatura do representante legal (á logo):			
161 - Assinatura do representante legal (á logo):			
162 - Assinatura do representante legal (á logo):			
163 - Assinatura do representante legal (á logo):			
164 - Assinatura do representante legal (á logo):			
165 - Assinatura do representante legal (á logo):			
166 - Assinatura do representante legal (á logo):			
167 - Assinatura do representante legal (á logo):			
168 - Assinatura do representante legal (á logo):			
169 - Assinatura do representante legal (á logo):			
170 - Assinatura do representante legal (á logo):			
171 - Assinatura do representante legal (á logo):			
172 - Assinatura do representante legal (á logo):			
173 - Assinatura do representante legal (á logo):			
174 - Assinatura do representante legal (á logo):			
175 - Assinatura do representante legal (á logo):			
176 - Assinatura do representante legal (á logo):			
177 - Assinatura do representante legal (á logo):			
178 - Assinatura do representante legal (á logo):			
179 - Assinatura do representante legal (á logo):			
180 - Assinatura do representante legal (á logo):			
181 - Assinatura do representante legal (á logo):			
182 - Assinatura do representante legal (á logo):			
183 - Assinatura do representante legal (á logo):			
184 - Assinatura do representante legal (á logo):			
185 - Assinatura do representante legal (á logo):			
186 - Assinatura do representante legal (á logo):			
187 - Assinatura do representante legal (á logo):			
188 - Assinatura do representante legal (á logo):			
189 - Assinatura do representante legal (á logo):			
190 - Assinatura do representante legal (á logo):			
191 - Assinatura do representante legal (á logo):			
192 - Assinatura do representante legal (á logo):			
193 - Assinatura do representante legal (á logo):			
194 - Assinatura do representante legal (á logo):			
195 - Assinatura do representante legal (á logo):			
196 - Assinatura do representante legal (á logo):			
197 - Assinatura do representante legal (á logo):			
198 - Assinatura do representante legal (á logo):			
199 - Assinatura do representante legal (á logo):			
200 - Assinatura do representante legal (á logo):			
201 - Assinatura do representante legal (á logo):			
202 - Assinatura do representante legal (á logo):			
203 - Assinatura do representante legal (á logo):			
204 - Assinatura do representante legal (á logo):			
205 - Assinatura do representante legal (á logo):			
206 - Assinatura do representante legal (á logo):			
207 - Assinatura do representante legal (á logo):			
208 - Assinatura do representante legal (á logo):			
209 - Assinatura do representante legal (á logo):			
210 - Assinatura do representante legal (á logo):			
211 - Assinatura do representante legal (á logo):			
212 - Assinatura do representante legal (á logo):			
213 - Assinatura do representante legal (á logo):			
214 - Assinatura do representante legal (á logo):			
215 - Assinatura do representante legal (á logo):			
216 - Assinatura do representante legal (á logo):			
217 - Assinatura do representante legal (á logo):			
218 - Assinatura do representante legal (á logo):			
219 - Assinatura do representante legal (á logo):			
220 - Assinatura do representante legal (á logo):			
221 - Assinatura do representante legal (á logo):			
222 - Assinatura do representante legal (á logo):			

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

BRADESCO23062020050000000002370322600000066845168750 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=2009220830549230000057981146>

Número do documento: 2009220830549230000057981146

Num. 60427271 - Pág. 7

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

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



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação 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: 028.018.044-80 NIS: 20513718148

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOÃO VÍCTOR DE OLIVEIRA 473
BELO HORIZONTE/ÁREA URBANA
58800-470 MOSSORÓ 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

041955605

Série: U

CONTA CONTRATO

000857009134

Nº DO CLIENTE

3000774370

Nº DA INSTALAÇÃO

0001656826

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

6D19.710F.CFBF.F6CD.0238.8C45.181D.5E53

DESCRÍPCAO 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			0,64
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

INFORMAÇOES 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	19,00	0,00	0,00	0,96	0,00	0,00	4,42	0,00

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30	0,00000003
Consumo-TUSD superior a 30 até 100	0,00000002
Consumo-TE até 30 kWh	0,00000003
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,00000002
TOTAL	1,85

HISTÓRICO DO CONSUMO

	KW/H
MAR	20
ABR	20
MAR	20
FEV	20
JAN	20
DEZ	19
NOV	19
OUT	19
SET	19
AGO	19
JUL	19
JUN	19
MAJ	19

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%
Gerador de Energia	0,00 100,00
Transmissão	0,00 0,00
Distribuição (Cosern)	0,00 0,00
Encargos Sistólicos	0,00 0,00
Tributos	0,00 0,00
Perdas de Energia	0,00 0,00
TOTAL	0,00 100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇOES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL		
mar/2020							
DIC-Node hora sem Energia	MOSSORÓ III	0,00	4,95	9,90	19,82		
PIG-Node vez/sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,70		
DMIC-Duração média de Interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00		
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico				Límite DICRI: 12,22			
EU80-Valor de Energia de Uso = R\$ 0,00							
Todo Consumidor pode solicitar a apresentação das indicações DIC, PIC, DMIC e DICRI e suas performances.							

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

INFORMAÇOES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você na Informática: r/ manoel hermelino dos santos,323, belo horizonte / varejista lib/ rua padre freire,455, belo horizonte/loja completa em www.cosern.com.br." MP 850/2020-Tarifa Social-Desconto no consumo até 220kWh. O pagamento dessa 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 fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res.14/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. não isenção do ICMS conforme Art. 14, do RICMS-RN. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 38,93 . O Cliente é compensado quando há descomprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus

NÍVEIS 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





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)

Capital e Regiões Metropolitanas: 1020-1556 / Outras Regiões: 0800 072 17 44

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 31 89 / SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 / Central Divulgação: 0800 021 91 35

Eu, Maria Nide de Araújo Menegu

RG nº 001 691 550, data de expedição 30/07/18

Órgão: SSP RN, CPF nº 008.018.044-60

venho perante a este instrumento declarar que não possui 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/Praça)	<u>Rua 3000 Vitor de Oliveira</u>
Número	<u>243</u>
Apto/Complemento	<u>000</u>
Bairro	<u>Belo Horizonte</u>
Cidade	<u>Valbela</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59600-440</u>
Tel. de contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>lodepettus</u>

Por ser verdade, firmo-me:

Local e Data: Monteiro RN 06/08/20

Maria Nide de Araújo Menegu

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 do um dos números abaixo:

Centro de Atendimento à Pára consultas sobre indenizações e pedimentos da segurança social, das 8h às 20h.

Penitentes e regiões metropolitanas: 1010-1595 / Outras cidades: 1000-9221700

SAC (Sistema de atendimento ao cliente): 0800 021 31 39 | SAC (Sistema de atendimento ao cliente): 0800 021 31 39

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

• 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 constar, entre 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, na estruturação, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAP.

1. SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RISSEGURO;**2. CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF**, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM PÓRTFOLIO MAIS DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI 9.639/98.

Pelo exposto, em Maria Neide de Souza Menezes
Inscrita (s) no CPF/CNPJ 028.018.044-60, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário
Maria Retimende Souza Tofone, inscrita (s) no CPF sob o N° 028.018.674-44
do sinistro de UPAVAT cobertura Invalides da Vítima Maria Retimende Souza Tofone
Inscrito (a) no CPF sob o N° 028.018.644-44, conforme determinação da Circular Susep 445/13;
Declaro Pró-Reise: Recebido Renda: Recebido e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro, ainda, sob as penas da lei e para fins da prova de residência junto a Seguradora **INTER-PIVAT**, 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 penel prevista no art. 300 do Código Penal.

Endereço:	Rua Jace Vitor de Oliveira	Número:	473	Complemento:	ed 50
Bairro:	Belo Horizonte	Cidade:	Motoboy	Estado:	RN
E-mail:	Wesley Pottini			CEP:	596 00-470
				Tel. (DEDE):	(84) 982410066

Locate Date: 09/06/20

exibição da Freclarinte

bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2012.05.10.400001>; this version posted May 10, 2012. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted bioRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under a [aCC-BY-ND 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/).





SEMAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 2639 /2020
Admissão: 06/02/2020 11:23:00

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 57100 - MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO (42 a 5 m 22 d)
 Nascimento: 15/08/1977 Natural: MOSSORÓ, BRASIL Sexo: F Cor: PARDA
 CNS: 708807096714582 CPF: 02801864447 Prof:
 Mãe: RITA VALCACIA DA SILVA Pai: SEVERINO ARAUJO
 Logradouro: JOAO VICTOR DE OLIVEIRA, 473
 CEP: 59600470 Bairro: BELO HORIZONTE Cidade: MOSSORÓ
 Telefone: 84.99323729 Compl: DADOS CORRIGIDOS

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO **Origem: SAMU RN** **Tipo: REGULADO**
***Empresa:**

OBS: TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO DE TRAUMA.					Classificação: 06/02/2020 11:19:58			PESO:		
HORA	P.A.	HGT	SaO2	FI02	F.R.	F.C. / Pulo	TEMP.	Glasgow	RTS	
120 80			99		18	83				

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

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

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
GARANTIA

SAME / ARCHIVO

Diagn. Inicial:

Assignment

*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)



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.

Manu Nunes de Araújo Menegu
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 14/02/2020

Rafalla

Assinatura

NUCLEO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA H.R.T.M

DATA

14/02/2020

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 14/02/2020

3105
SAME / ARQUIVO



PMI 13:00 06.02.2020 TR - ORTOP

DUR NO JOelho D.

TRAUMA EM ACIDENTE COM MOTOCICLETA
VITAL CONSERVADO. EM MACH HOSPITAL

JOELHO: FRACTURA - DUR - LIMITADA

Ex: Lesão da TIBIA PRIMARIA

DAG: FRACTURA TIBIA D.

CONDUTA:

- INDICO TRAT cir
- SORVETO INTERNAÇÃO
- TALA COXO-POJO

DR. JOAO FERREIRA DA SILVA MAIA
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA
CRM 2517

HOSPITAL OFICIAL TARCISIO MAIA
ESTACAO SAMU
SAMU RIO SUL 14/02/2020
Enviado / Arquivado BHAR

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



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**

CNS: Nascimento: 20/08/1977

Sexo: Feminino

Prontuário:

Cor: PARD

Mãe: RITA VALCACIA DA SILVA ARAUJO

Pai: SEVERINO ARAUJO

Fone: 86061123 /

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

CEP: 59600-450

Município: MOSSORÓ

Código Municipal IBGE:

240800 UF: RN

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo: 192 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

DOR NO JOELHO DIREITO.

TRAUMA EM ACIDENTE USO DE MOTOCICLETA.

JOELHO D: EDEMA, DOR E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL

RADIOGRAFIAS: LESÃO DA TIBIA PROXIMAL, PLANALTO LATERAL

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

AMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RADIOGRAFIAS: DESCrito ACIMA

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

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

Profissional Solicitante / Assitente:

JOAO FIRMINO DA SILVA NETO

CRM: 2517 / RN

Data da Solicitação 06/02/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____

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

Acidente de Trabalho Trajetó _____

Vínculo com previdência: Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

Nº Autorização da AIH: _____

Documento: CNS CPF nº _____

Data da Autorização: _____ / _____ / _____ Assinatura/Carimbo: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAÚDE MOSSORÓ 14/02/2020
BIM

BAME / ARQUIVO



Paciente: 57100 - MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

FIA: 8-630/2020

Nr. Prontuário: 211886

Peso:

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

Data Internação: 06/02/2020 13:12

Prescrição N°: 1

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

Hospital / Unidade: HRTM - OBS FEMININA

Quarto / Leito: 1 - 21E

Convênio: SUS/GRATUITO

Médico Resp.: 66-JOAO FIRMINO DA SILVA NETO

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 FISIOLOGICO CLOR. DE SODIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 24h	2.000	ML	IV	Continuo	27,778gota	3 2 3 4
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - TENOXICAN 40MG - PO	1	FA	IV	24h/24h	12	
4 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML Diluição: 8ml SF0,9%	1	AMP	IV	6h/6h	226-0X-30-36	
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 Encaminhar - Neuro, infdo, acalmo

② Hb 616

③ Fazendo regime conforme Hb.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MESSORÓ 14/02/2020

SAME / ARQUIVO

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

06/02/2020 16:53



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=2009220830549230000057981146

Número do documento: 2009220830549230000057981146

Num. 60427271 - Pág. 17

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 ROSENNEIDE ARAUJO TOSCANO	42 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMÁRIA: CC	Leito: 212-2
DATA DA ADMISSÃO: 06/02/2020	MOSSORÓ-RN
	CÓDIGO: 57100
DATA	EVOLUÇÃO
Nº fraturas: 01	6º DIH POR FX DE PLATO TIBIAL (SCHATZKER 2) DIREITO – EM USO DE TALA GESSADA INGUINOPODALICA (ESQUIZOPRENCIA + DEPRESSÃO + DM2)
QP:	APRESENTOU PICO HIPERTENSIVO ONTEM.
EF:	BEG, COTE, EUPNEICA, NORMOCORADA, AFEBRIL, HIDRATADA
ACV:	RITMO CARDIACO REGULAR, 2T, SEM SOPRO, BNF.
AR:	MV+ EM AMBOS HEMITORAX. SRA.
ABD:	GLÓBOSO, RHA+, FLACIDO E INDOLOR A PALPACAO
MID:	NEUROVASCULAR PRESERVADO. USO TALA GESSADA CRUROPODALICA
SITUAÇÃO:	SOLICITAÇAO PARA INCLUSAO 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	06
6	DIAZEPAM 10MG - 01 COMP VO A NOITE (FAZER RECEITA)	
7	CAPTOPRIL 50 MG -1 COMP VO 7:00 H 1X/DIA	
8	MEDICAÇÕES DE USO DOMICILIAR (COM A PACIENTE) AKINETON 20MG 1X/DIA HALDOL DECANATO 50MG IM 2X/NO MÊS AMITRIPITILINA 25MG-01CP VO A NOITE FLUOXETINA 20MG -01CP VO A NOITE	c/ a família
9	SSVV + CCGE	

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

SAME/ARQUIVO 3100

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Joelho
CRM/RN 1439 TEC/16088 RQE/3741



12/02/20

 Sistema Único de 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		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
11 - NOME DA MÃE		10 - RACA/COR	12 - FONE DE CONTATO DDD _____ N° DO FONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - FONE DE CONTATO DDD _____ N° DO FONE	15 - ENDERECO (RUA, N°, Bairro)
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF
			19 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Foram: vítima de queda ao solo com dor no plátano.</i>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Neuromotor: comissão laringe.</i>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Uma: e Radiolog.</i>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Hematoma facial.</i>	24 - CID 10 PRINCIPAL <i>S82.1</i>	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento de ferida laringe.</i>		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>01410181015101511</i>	
29 - CLÍNICA <i>Unimed</i>	30 - CÂMERA DA INTERNAÇÃO <i>Unimed</i>	31 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS	32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>01519121121615118171111</i>
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>07/02/20</i>	35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Guilherme Lacerda Rigoletto Ortopedista / Traumatologista CRM-DF 000119331</i>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)			
36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - N° DO BILHETE	41 - SÉRIE
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR	52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>01519121121615118171111</i>	51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			



Paciente: 57100 - MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO
FIA: 8-630/2020
Idade: 42 ano(s) 5 mes(es) e 22 dia(s)
Prescrição N°: 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 FISIOLOGICO CLOR. DE SODIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 24h	2.000	ML	IV	Continuo	27,778gota	3/2 - 3 - 4 -
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - TENOXICAN 40MG - PO	1	FA	IV	24h/24h	1 X	
4 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML Diluição: 8ml SF0,9%	1	AMP	IV	6h/6h	226 - 01 - 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 Encaminhar laudo, info. anam.

② HST 6164

③ Inscrever legule, conforme HST.

JOAO FIRMINO DA SILVA NETO
CRM-2517/RN
Dr. João Firmino da Silva Neto
Cardiologista
CRM-2517/RN

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

06/02/2020 16



Paciente: 57100 - MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

FIA: 8-630/2020

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

Prescrição N°: 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

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

	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
NUTRIÇÃO						
1 - DIABETES (DM)					CONTÍNUO	
SOLUÇÃO						
2 - SOLUÇÃO DE a - SORO FISIOLOGICO CLOR. DE SODIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 24h	2.000	ML	IV	Continuo	27,778gota	3/3/3/3
MEDICAMENTO						
3 - TENOXICAN 40MG - PO	1	FA	IV	24h/24h	1/2	
4 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML Diluição: 8ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/6h	226-px-30-36	
5 - ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC	1	SER	SC	24h/24h	22	
CUIDADOS						
6 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS					CONTÍNUO	
SERVIÇO						
7 - CARDIOLOGIA - PARECER Obs.: AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DO RISCO CIRÚRGICO					DOSE UNI	

JOAO FIRMINO DA SILVA NETO

CRM-2517/RN

① Encaminhar - Ivermectina, infuso, inalco

② HbT 6164

③ Insulina, regular, conforme HbT.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 14/02/2020
B161

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



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=2009220830549230000057981146

Número do documento: 2009220830549230000057981146

Num. 60427271 - Pág. 21

Cardiologo 07/09/2020

- ④ 42 anos
- ④ Assintomato
- ④ Boa expectada previsão
- ④ PES ④ PMS ④ Cardiopatia ④ fisiologico
- ④ Pressões normais
- ④ ECG, espeços correntes
HR 70 mmHg
Pul. V. Bux 70 ms
- 180/90 FC = 70
- ④ ds. FC = 75 bpm, Pduração 848.60
onstata 840ms-60° ST- elevado
- ④ Freq da respi 168: 63%
- ④ Peso respi 2000 cm²
- ④ Cardiopatia fisiologica

Dr. Itamor Nogueira
Cardiologia Intensiva
CRM-RN 5639



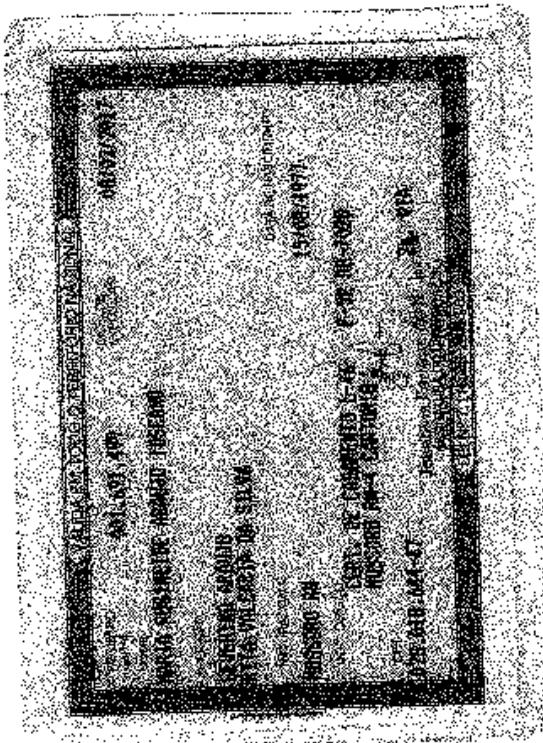
Cardiologo 07/09/2020

- ④ Mauas
- ④ Assuetudes
- ④ Taxa cardíaca frequente
- ④ JPS ④ DMO Cardiopatia fisiologica
- ④ Pressão arterial
- ④ ECG, espeuas crescentes
MCA resistente
- pleur. V, BIV ns
- 150/90 FC = 70
- ④ Hs, FC = 75 bpm, Pressão 84/60
persiste 5 dias 60° ST-moved
- ④ Exame de voz RXD: 13%
- ④ Pressão arterial elevada
- ④ Taxa cardíaca frequente

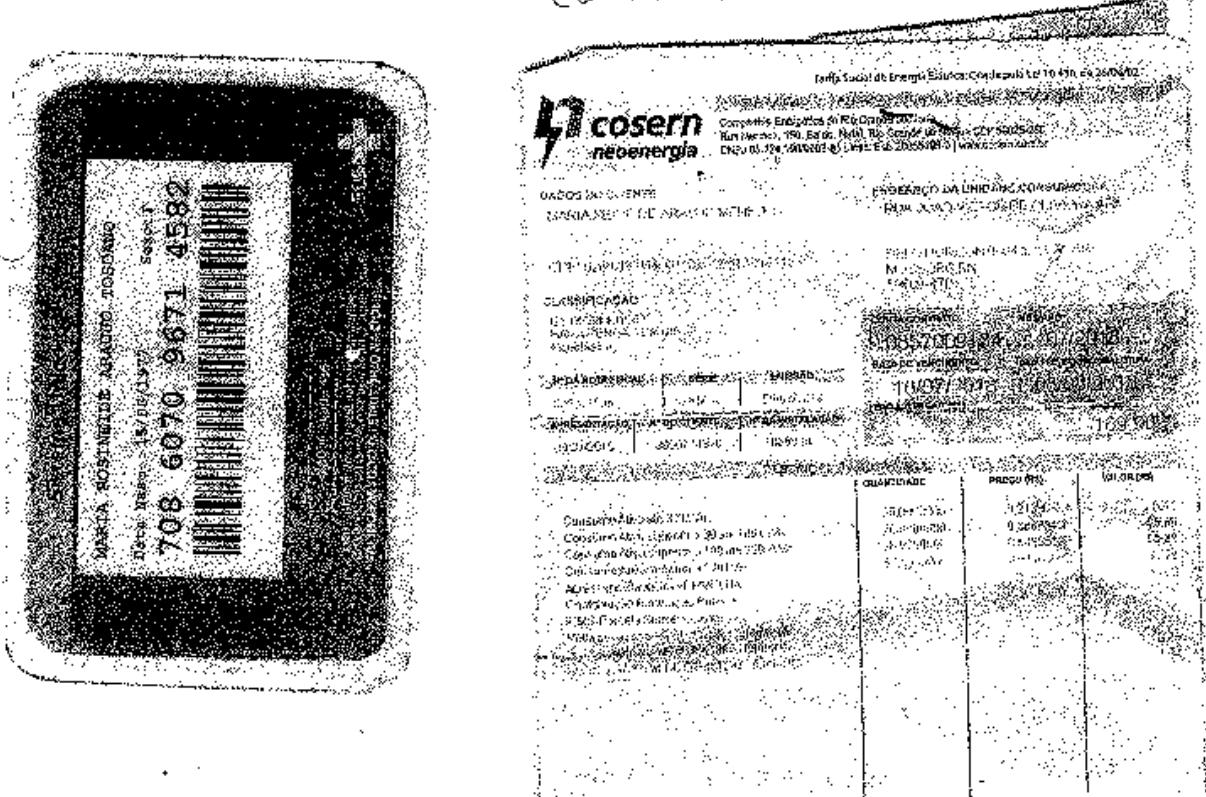
Dr. Wagner N.
Cardiologia Interna
CRM-RN 5639

HOSPITAL REGIONAL TARCÍZIO VIANA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 14/09/2020
BIM
SAME/ARQUIVO

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



Contatos:
(84) 99932-3729



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 **Data do acidente:** 06/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
TOSCANO

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 Robinson de Araujo Toscane, brasileiro (a),
Estado civil: Viúva, Profissão: De Lote, Data do Acidente 06/02/20
Cobertura Intvidos, Portador (a) do RG 001.691.499, Órgão Expedidor:
SSP RN e do CPF: 028.018.644-44, residente no(a) Rua José
Vitor de Oliveira, nº 1473
Bairro Belo Horizonte, Município: Motoboy, RN

OUTORGADO:

Nome: Maria Nide de Araujo Menegoli, brasileiro (a),
Estado Civil: Solteiro, Profissão: Autônoma,
Portador (a) do RG: 001.691.550, Órgão Expedidor: SSP RN
E do CPF: 028.018.044-60, residente no(a) Nº 1473
Bairro: Belo Horizonte, Município: Motoboy, 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.

Motoboy RN 09/06/20

Local e data

Maria Robinson de Araujo Toscane
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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/02/2020

Titular do CPF: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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: GERCA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

MARIA NEIDE DE ARAUJO MENEZES

GERCA LOURENCO DA SILVA



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. 28