
Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200148283

Vítima: AURICELIA MELO MESQUITA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AURICELIA MELO MESQUITA

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



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200148283

Vítima: AURICELIA MELO MESQUITA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AURICELIA MELO MESQUITA

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

Multa:	R\$ 35,43
Juros:	R\$ 2,24
Total creditado:	R\$ 1.387,67
Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%	
Graduação: Em grau completo 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%	
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$ 1.350,00

Recebedor: AURICELIA MELO MESQUITA

Valor: R\$ 1.387,67

Banco: 104

Agência: 000003483

Conta: 0000015649-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200148283 **Cidade:** Grossos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AURICELIA MELO MESQUITA **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA REGIÃO TORÁCICA E ABDOMINAL (PG 11).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM - PG 5 E ESPLENECTOMIA - PG 7) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 7

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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 012 096 584 45 4 - Nome completo da vítima: Auricélia Melo Mesquita

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

5 - Nome completo: Auricélia Melo Mesquita 6 - CPF: 012 096 584 45
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: R. Terezo Willama 9 - Número: 416 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Rincão 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: _____ 14 - CEP: _____
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3483 CONTA: 15649 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL
GABINETE DO DELEGADO-GERAL
DELEGACIA MUNICIPAL DE AREIA BRANCA/RN



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 604/2019.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO.

Data e horário do fato: 13/07/2019, por volta às 16h30min

Local da Ocorrência: Povoado de Gado do Bravo, próximo ao bar de Zé Maria, Zona Rural de Grossos/RN

COMUNICANTE: AURICELIA MELO MESQUITA, RG 002.475.998 SSP/RN, brasileiro (a), União estável, Do lar, Caraubas/RN, nascido aos 21/04/1983, com 36 anos de idade. Filho (a) de Aguinaldo Pinto de Mesquita e de Marilene Barbosa e de Melo Mesquita, Residente e domiciliado na Rua Tercio Willame de Oliveira Cunha, Nº 416, Próximo ao salão de Verônica, Bairro Rincão, Mossoró/RN

VÍTIMA(S): O COMUNICANTE.

ACUSADO(S): A ESCLARECER.

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: Aduz o comunicante que na data, hora e local supramencionados, seguia pilotando uma motocicleta de marca/modelo HONDA/CG 125 FAN KS, ano de fabricação 2010/2010, de cor PRETA, RENAVAM 00198995504, CHASSI *****023794, PLACA NNK8832-Parnamirim/RN, quando um animal ultrapassou a pista de rolamento, fazendo com que a vítima perdesse o controle, caindo no solo de forma violenta, sendo socorrido ao Hospital sara Hospital Municipal Flaviana Jacinta de La encaminhado ao HTRM em Mossoró/RN onde La fora submetido a procedimentos Cirurgicos. Nada Mais Disse.

OBS.: O comunicante se responsabiliza pelas informações contidas, no presente Boletim de Ocorrência, sob pena de responsabilidade criminal, com vistas no art. 340 do CPB.

Areia Branca/RN, 17 de Outubro de 2019.

Auricelia Melo Mesquita
Comunicante

Christiano Alves Lima
MAT. 190.933-9
Delegado Policia Civil
Polícia Registrante

Mario Afonso Lima Rocha
Testemunha: Mario Afonso Lima Rocha – RG 1.793.570

Marcos Antonio de Souza
Testemunha: Marcos Antonio de Souza – RG 001.972.849

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 012 096 584 45 4 - Nome completo da vítima: Auricélia Melo Mesquita

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

5 - Nome completo: Auricélia Melo Mesquita 6 - CPF: 012 096 584 45
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: R. Terezo Willama 9 - Número: 416 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Rincão 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: _____ 14 - CEP: _____
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3483 CONTA: 15649 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Auricélia Melo Mesquita
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PODER JUDICIÁRIO - COMARCA DE CARAUBAS
SEGUNDO CARTÓRIO JUDICIÁRIO

Francisco Antônio de Almeida

MINISTRO DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, do livro A - 52 dos assentos de nas-
cimento, às fls. 100 e 101, consta o registro de

do sexo feminino, de cor branca, nascido aos 21 de Abril
de 1983, às 11:00 horas, em: cidade de Moca, neste

estado do Rio Grande do Norte, sendo filho de José da Silva e de sua mulher D. Mariela

são seus avós paternos Sebastião da Silva e Maria da Conceição

e maternos Rogério da Silva e Maria da Conceição

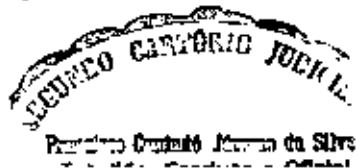
Foi declarante e serviram como testemunhas

Observações

O referido é verdadeiro e
Carautas (RN): 10 de 1983

Francisco Antônio de Almeida

Procurador Público do Estado do Rio Grande do Norte



Procurador Público do Estado do Rio Grande do Norte

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.387,67

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AURICELIA MELO MESQUITA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03483

CONTA: 000000015649-0

Nr. da Autenticação 671507064FF43D84

[illegible]

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



FICHA DE URGÊNCIA

NOME: Auricélia Melo Mesquita
NASC: 23/04/83 IDADE: 36 DATA: 18/07/19 SEXO: F
NOME DA MÃE: _____
ENDEREÇO: Aruas Alva CIDADE: Grossos
PA: _____ TEMP: _____ PESO: _____ HGT: _____ HORA: 18:03
HIPERTENSÃO N DIABETES N ALERGIA MEDICAMENTOSA () N/D
CARTÃO SUS: _____
RG: 002475938 P.A: 160x80
HISTÓRIA CLÍNICA:

Doente com fúria de ouvido de note,
glor. corado, resp. decomp. ref. de
no tórax. Ref. Alveol. idr. com lúx
Chegou. Ref. de fúria

CONDIÇÃO:

- 1) Ref. de fúria com lúx
 - 2) Biscoito com fúria - lúx 2nd lúx
 - 3) Voltar - lúx 2nd
 - 4) Quebra fúria lúx
- Ref. de fúria
- fúria de fúria

Dr. J. T. de Moraes Barros
Médico
CRM/RN 3254

DIAGNÓSTICO:

TRAUMA

1) De fúria - lúx 2nd lúx

HORA DE SAÍDA: _____

Vaccines

- Anti-Meningococci
- Anti-Virus Haemophilus
- Anti-Pneumococci

OK - Anti-Tetanus

Anti-HCV (Antigen)
Anti-HB (Antibody)

Immunisation
Apr 16 1999



RECEITUÁRIO

Paciente Américo João Augusto, 36
anos de idade, referiu acidente de moto,
atrasa seu corpo, sup. esquerda,
apresenta forte dor em região do costado,
principalmente a manifestação;
describendo como - r. dorax e arredor,
e de UDE. PA: 110 x 80; FR. 22;
AP e Arv: sem alteração - FC 98;
SpO₂ 95% em ar ambiente; Não apresenta
labirinto; Glósculo de; Tacto: língua intacta;
BVSOM com posto. 1/10 + 20 ABD DU;
O Paciente não apresenta; Tacto no abdômen
em 17 vezes, sem ruído, telefone
OCUPADO.

Dra. Maria Jacinta de Barros
Médica
CRM/RN 8251

13.07.17

HOSPITAL MUNICIPAL FLAVIANA JACINTA/RUA RAIMUNDO FERREIRA S/N- SNPJ
11.418.305/0001-34. GROSSOS/ RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 16.10.2019

SAME / ARQUIVO

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



FICHA DE URGÊNCIA

NOME: Aureliana Melo Mesquita
NASC: 24/04/83 IDADE: 36 DATA: 13/07/19 SEXO: F
NOME DA MÃE: _____
ENDEREÇO: Avenida Alva CIDADE: Grossos
PA: _____ TEMP: _____ PESO: _____ HGT: _____ HORA: 18:03
HIPERTENSÃO N DIABETES N ALERGIA MEDICAMENTOSA () Não
CARTÃO SUS: _____
RG: 002475998 PA: 16/1/80
HISTÓRIA CLÍNICA:

Acidente com queda de objeto de alto
peso correndo pela rua. Lesões no
tórax. Queixa de dor no tórax.
Chegou ao hospital com lesões
no tórax.

CONDIÇÃO:

- 1) Regiões costais com dor
 - 2) Bactérias com dor - 1 hora após a dor
 - 3) Voltaram - 1 hora após
 - 4) Queixas foram boas
- foram feitos x
- tórax estável

Flaviana de Moraes Barbosa
Médica
CRM/RN 8284

DIAGNÓSTICO: 1) Decontaminação - 1 hora após a dor
trauma

HORA DE SAÍDA: _____



Nome: Auricélia Melo Mesquita Leito: 208-1

PRESCRIÇÃO *CPM-1670*

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome

Adriana M. Mesquita

Reg N°

Diagnóstico pré-operatório:

Phiforma

Indicação terapêutica:

Drenagem Torácica fechada Esplanc-
to.

INTERVENÇÃO

Início:

Fim:

Duração:

Operador

Emance

1ª Auxiliar:

Dr. Yuri

2ª Auxiliar:

3ª Auxiliar:

Instrumentador:

Dr. Lano

Anestesista:

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

Realizado em Pleuroscopia Torácica sob
Anestesia
Anti-sepsia c/ Povidine
Incisão longitudinal supra-
umbilical
Insuflexão da parede abdominal
Realizamos Esplanc-
to de fratura de costela no 1º espaço
intercostal



MINISTÉRIO
DA
SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

FOLHA
1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC ☐ 1 FEM ☐ 2

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CRI 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO - PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Realizamos - Esferectomia
torácica com drenagem
torácica fechada - Dótor Ramo

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF

531014581814BA

Emmanuel F. Almeida

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Cód. ORGÃO EMISOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES
2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
AURICELIA MELO MESQUITA (8 - 3699/2019)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
208624

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700102472614520

8 - DATA DE NASCIMENTO
21/04/1983

9 - SEXO
Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
MARILENE BARBOSA DE MELO MESQUITA

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD 84 33153390

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
AURICELIA MELO MESQUITA

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD 84 33153390

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
TERCIO WILLAME DE OLIVEIRA CUNHA, 416 - RINCAO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MOSSORO

17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO
240800

18 - UF
RN

19 - CEP
59645160

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de trânsito. Segue dor torácica e dor abdominal e dor torácica

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Trat. Cirúrgico

0407030123
0412040166

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Ex. Clínico + Ex. Complementares

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NÃO ESPECIFICADAS

24 - CID 10
PRINCIPAL
E86.4

25 - CID 10
SECUNDÁRIO
536.0

26 - CID 10
CAUSAS ASSOC.
V88.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
LAPAROTOMIA EXPLORADORA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

407040161/0415030013

29 - CLÍNICA
CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
2

31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
13045881491

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
ERMANCE FERNANDES PINHEIRO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
13/07/2019

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
ERMANCE FERNANDES PINHEIRO

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 A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ESTA COMISSÃO
BANE MOSSORO 12/07/2019

49 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
980016001835585

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

SAME / ARQUIVO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES
2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
AURICELIA MELO MESQUITA (8 - 3699/2019)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
208624

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700102472614520

8 - DATA DE NASCIMENTO
21/04/1983

9 - SEXO
Masc. ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

10 - RAÇA/COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
MARILENE BARBOSA DE MELO MESQUITA

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD 84 33153380

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
AURICELIA MELO MESQUITA

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD 84 33153380

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
TERCIO WILLAME DE OLIVEIRA CUNHA, 416 - RINCAO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MOSSORO

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
240800

18 - UF
RN

19 - CEP
59645160

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de trânsito. Segura nos tornozelos e dor abdominal e por ferimento

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Trat. Cirúrgico

0407030/23
0412040166

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Ex. Clínico + Ex. Complementares

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NÃO ESPECIFICADAS

24 - CID 10
PRINCIPAL
E88.4

25 - CID 10
SECUNDÁRIO
536.0

26 - CID 10
CAUSAS ASSOC
V88.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
LAPAROTOMIA EXPLORADORA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

407040161/0415030013

29 - CLÍNICA

CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

13045881491

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

ERMANCE FERNANDES PINHEIRO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

13/07/2019

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

ERMANCE FERNANDES PINHEIRO

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 A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGNEY LINO DE OLIVEIRA

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

980016001835565

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

ESTACONTELA 0407030/23
BANE MOSSORO 16/07/2019

SAME / ARQUIVO

Prontuário: 208624



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 **AURICELIA MELO MESQUITA** (Fia: 3699/2019), CPF:01209658445.

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, 13 de Julho de 2019.

Marielen Barbosa de Melo Franca
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 23 / 07 / 19

Rapella
Assinatura

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.

DATA 23/07/19

[Assinatura]
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME C CRIADIA
SAME MOSSORÓ 16/07/2019
[Assinatura]

SAME / ARQUIVO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME ADRIELLE MELO MESQUITA	
	DOC. IDENTIDADE / CAD. RENASC. / UF 002475893 SSP RN
	CPF 012.096.384-45 DATA NASCIMENTO 21/04/1983
	PRACÇÃO AGUIBALDO PINTO DE MESQUITA MARILENE BARBOSA DE MELO MESQUITA
	PROFISSÃO DOMESTICA ADIC. DOMESTICA CAT. HAB. A3
Nº REGISTRO 08659820186 VAL. MDC 02/05/2025 1ª HABITAÇÃO 26/09/2013	
OBSERVAÇÕES	
<i>Adrielle Melo Mesquita</i> ASSINATURA DO PORTADOR LOCAL MOSSORÓ, RN DATA EMISSÃO 03/05/2018 <i>Luiz Edson do Machado Pereira</i> Diretor Geral - Detran/RN ASSINATURA DO EMISOR RIO GRANDE DO NORTE	

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1566403466

PROIBIDO PLASTIFICAR
1566403466

26513564410
RNT08486248

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014852151950
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA RENAVAM COD RENAVAM RENAVAM EXERCÍCIO
00198995504 2019

NOME DO PROPRIETÁRIO
GINTIA MARIA ALZAMIR DO SANTOS

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO
045-011-244-66

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO
045-011-244-66

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO
045-011-244-66

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO
045-011-244-66

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO
045-011-244-66

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO
045-011-244-66

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO
045-011-244-66

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO
045-011-244-66

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO
045-011-244-66

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO
045-011-244-66

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO
045-011-244-66

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO
045-011-244-66

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO
045-011-244-66

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO
045-011-244-66

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
OU MOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA E PESSOAS
TRANSPORTADAS OU INAO SEGURO DPVAT

RN Nº 014852151950 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 822 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 2019/04/26/19

VIA RENAVAM COD RENAVAM RENAVAM EXERCÍCIO
00198995504 2019

RENAM MARCA/MODELO
00198995504 HONDA VCGA 2.0 16V

RENAM MARCA/MODELO
00198995504 HONDA VCGA 2.0 16V

RENAM MARCA/MODELO
00198995504 HONDA VCGA 2.0 16V

RENAM MARCA/MODELO
00198995504 HONDA VCGA 2.0 16V

RENAM MARCA/MODELO
00198995504 HONDA VCGA 2.0 16V

RENAM MARCA/MODELO
00198995504 HONDA VCGA 2.0 16V

RENAM MARCA/MODELO
00198995504 HONDA VCGA 2.0 16V

RENAM MARCA/MODELO
00198995504 HONDA VCGA 2.0 16V

RENAM MARCA/MODELO
00198995504 HONDA VCGA 2.0 16V

SEGUROADORA LIDER DPVAT

CNPJ 09.248.285/0001-03



20/03/20

Correios	REGISTRADO URGENTE registered priority	2107	PESO (kg) wgt
Recabedor			
Assinatura	Doc. ☒ AR ☐ IMP		
JU 87370258 0 BR			

Sigurdora Lder

R Senador Dantas, 74, 15º Andar

CEP: 20.031-205



Furvalia Melo Mesquita
R. Tercio Williams de Oliveira, 416
Rincão CEP 59.645-160
Mossoró RN

(ETIQUETA OU CARIMBO NP)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0115441/20

Vítima: AURICELIA MELO MESQUITA

CPF: 012.096.584-45

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: AURICELIA MELO MESQUITA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

AURICELIA MELO MESQUITA : 012.096.584-45

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: 15/04/2020
Nome: AURICELIA MELO MESQUITA
CPF: 012.096.584-45

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2020
Nome: ALAN SILVA DE OLIVEIRA
CPF: 152.775.167-86

AURICELIA MELO MESQUITA

ALAN SILVA DE OLIVEIRA