



Número: **0816690-52.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **21/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.112,33**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
AURICELIA MELO MESQUITA (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62608173	10/11/2020 16:01	<a href="#">2764727_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Documento de Comprovação



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 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,

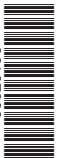
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15706363

Pag. 00199/00200 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020100





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00733/00734 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020367



## 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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>





## 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: Aurucelia 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: Aurucelia Melo Mesquita 6 - CPF: 012 096 584 45  
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: R. Tereza Williams 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\$1.00 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 da 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(a) (nascido)? ☐ 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 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2º 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)

FPS.001 V002/2019



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 Cinha, N° 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, RENAVAL 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 Cirúrgicos. 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. 190.332-9  
Chefe da Delegacia

*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

Endereço: Rua Desembargador Filgueira, s/n, Centro, Areia Branca/RN  
Telefone nº (84) 3332-5045 – email: dmariabranca@rn.gov.br





## 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: Aurucelia 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: Aurucelia Melo Mesquita 6 - CPF: 012 096 584 45  
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: R. Tereza Williams 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\$1.00 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 da seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (nô 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(a) (nascido)? ☐ 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 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2º 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)

FPS.001 V002/2019

K6-2.475-998



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

Francisco Antônio de Sousa

MINISTRO DA JUSTIÇA E SECRETÁRIO DO REGISTRO CIVIL

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, do livro A - 52 dos assentos de nas-  
cimento, às fls. 10 e 11, consta o registro de

Francisco Antônio de Sousa do sexo masculino  
de cor branca nascido aos 21 de Abril

de 1983\*, às 11:00 horas, em: cidade Elias Siqueira, nesta cida-

de do Carriço sendo filho de Francisco Pinto da Silva e de uma mulher N. Marielene

são seus avós paternos Sebastião Pinto da Silva e Maria Francisca

da Conceição e maternos Domival e Maria da Conceição

Foi declarante Francisco Antônio de Sousa

e serviram como testemunhas Antônio e Maria

Observações

O referido é verdadeiro

Caraubas (RN), 21 de Março de 2020

Francisco Antônio de Sousa

Procurador Público Federal do Rio Grande do Norte

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 10/11/2020 16:01:20





# 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



**COSERN** Companhia Saneamento de Pernambuco

**DADOS DO CLIENTE**  
 ALMIR ELIA MELO ME SOUZA  
 CPF: 012 090 584-45  
 CLASSIFICAÇÃO  
 B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 RUA TERCIO WILIANE DE OLIVEIRA  
 CUBANA 4 16  
 RINCA D'ÁREA URBANA  
 MOSSORO RN  
 58600-001

7014401614-08/2019  
 04/09/2019-27/09/2019

CONSUMO (m³)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
271,500000	0,54304158	184,98
		0,37
		19,95
		18,89

Consumo Abastecimento  
 Abastecimento Bandeira AMARELA  
 Abastecimento Bandeira VERMELHA  
 Cuidado com o Pó de Cimento

TOTAL DA FATURA

222,29

IPED	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DEB	CONTRIBUIC	AJUSTE	CONSUMO (m³)
20190101	CAI	20190101	1 124,00	20190101	1 124,00	21	1,0000		29,10

PERÍODO	CONSUMO (m³)	VALOR (R\$)
AGO 18	201	0,40
SET 18	204	0,41
OUT 18	201	0,40
NOV 18	204	0,41
DEZ 18	201	0,40
JAN 19	204	0,41
FEB 19	201	0,40
MAR 19	204	0,41
ABR 19	201	0,40
MAY 19	204	0,41
JUN 19	201	0,40
JUL 19	204	0,41
AUG 19	201	0,40
SEP 19	204	0,41
OCT 19	201	0,40
NOV 19	204	0,41
DEZ 19	201	0,40
JAN 20	204	0,41
FEB 20	201	0,40
MAR 20	204	0,41
ABR 20	201	0,40
MAY 20	204	0,41
JUN 20	201	0,40
JUL 20	204	0,41
AUG 20	201	0,40
SEP 20	204	0,41
OCT 20	201	0,40
NOV 20	204	0,41
DEZ 20	201	0,40
JAN 21	204	0,41
FEB 21	201	0,40
MAR 21	204	0,41
ABR 21	201	0,40
MAY 21	204	0,41
JUN 21	201	0,40
JUL 21	204	0,41
AUG 21	201	0,40
SEP 21	204	0,41
OCT 21	201	0,40
NOV 21	204	0,41
DEZ 21	201	0,40
JAN 22	204	0,41
FEB 22	201	0,40
MAR 22	204	0,41
ABR 22	201	0,40
MAY 22	204	0,41
JUN 22	201	0,40
JUL 22	204	0,41
AUG 22	201	0,40
SEP 22	204	0,41
OCT 22	201	0,40
NOV 22	204	0,41
DEZ 22	201	0,40
JAN 23	204	0,41
FEB 23	201	0,40
MAR 23	204	0,41
ABR 23	201	0,40
MAY 23	204	0,41
JUN 23	201	0,40
JUL 23	204	0,41
AUG 23	201	0,40
SEP 23	204	0,41
OCT 23	201	0,40
NOV 23	204	0,41
DEZ 23	201	0,40
JAN 24	204	0,41
FEB 24	201	0,40
MAR 24	204	0,41
ABR 24	201	0,40
MAY 24	204	0,41
JUN 24	201	0,40
JUL 24	204	0,41
AUG 24	201	0,40
SEP 24	204	0,41
OCT 24	201	0,40
NOV 24	204	0,41
DEZ 24	201	0,40
JAN 25	204	0,41
FEB 25	201	0,40
MAR 25	204	0,41
ABR 25	201	0,40
MAY 25	204	0,41
JUN 25	201	0,40
JUL 25	204	0,41
AUG 25	201	0,40
SEP 25	204	0,41
OCT 25	201	0,40
NOV 25	204	0,41
DEZ 25	201	0,40
JAN 26	204	0,41
FEB 26	201	0,40
MAR 26	204	0,41
ABR 26	201	0,40
MAY 26	204	0,41
JUN 26	201	0,40
JUL 26	204	0,41
AUG 26	201	0,40
SEP 26	204	0,41
OCT 26	201	0,40
NOV 26	204	0,41
DEZ 26	201	0,40
JAN 27	204	0,41
FEB 27	201	0,40
MAR 27	204	0,41
ABR 27	201	0,40
MAY 27	204	0,41
JUN 27	201	0,40
JUL 27	204	0,41
AUG 27	201	0,40
SEP 27	204	0,41
OCT 27	201	0,40
NOV 27	204	0,41
DEZ 27	201	0,40
JAN 28	204	0,41
FEB 28	201	0,40
MAR 28	204	0,41
ABR 28	201	0,40
MAY 28	204	0,41
JUN 28	201	0,40
JUL 28	204	0,41
AUG 28	201	0,40
SEP 28	204	0,41
OCT 28	201	0,40
NOV 28	204	0,41
DEZ 28	201	0,40
JAN 29	204	0,41
FEB 29	201	0,40
MAR 29	204	0,41
ABR 29	201	0,40
MAY 29	204	0,41
JUN 29	201	0,40
JUL 29	204	0,41
AUG 29	201	0,40
SEP 29	204	0,41
OCT 29	201	0,40
NOV 29	204	0,41
DEZ 29	201	0,40
JAN 30	204	0,41
FEB 30	201	0,40
MAR 30	204	0,41
ABR 30	201	0,40
MAY 30	204	0,41
JUN 30	201	0,40
JUL 30	204	0,41
AUG 30	201	0,40
SEP 30	204	0,41
OCT 30	201	0,40
NOV 30	204	0,41
DEZ 30	201	0,40
JAN 31	204	0,41
FEB 31	201	0,40
MAR 31	204	0,41
ABR 31	201	0,40
MAY 31	204	0,41
JUN 31	201	0,40
JUL 31	204	0,41
AUG 31	201	0,40
SEP 31	204	0,41
OCT 31	201	0,40
NOV 31	204	0,41
DEZ 31	201	0,40
JAN 32	204	0,41
FEB 32	201	0,40
MAR 32	204	0,41
ABR 32	201	0,40
MAY 32	204	0,41
JUN 32	201	0,40
JUL 32	204	0,41
AUG 32	201	0,40
SEP 32	204	0,41
OCT 32	201	0,40
NOV 32	204	0,41
DEZ 32	201	0,40
JAN 33	204	0,41
FEB 33	201	0,40
MAR 33	204	0,41
ABR 33	201	0,40
MAY 33	204	0,41
JUN 33	201	0,40
JUL 33	204	0,41
AUG 33	201	0,40
SEP 33	204	0,41
OCT 33	201	0,40
NOV 33	204	0,41
DEZ 33	201	0,40
JAN 34	204	0,41
FEB 34	201	0,40
MAR 34	204	0,41
ABR 34	201	0,40
MAY 34	204	0,41
JUN 34	201	0,40
JUL 34	204	0,41
AUG 34	201	0,40
SEP 34	204	0,41
OCT 34	201	0,40
NOV 34	204	0,41
DEZ 34	201	0,40
JAN 35	204	0,41
FEB 35	201	0,40
MAR 35	204	0,41
ABR 35	201	0,40
MAY 35	204	0,41
JUN 35	201	0,40
JUL 35	204	0,41
AUG 35	201	0,40
SEP 35	204	0,41
OCT 35	201	0,40
NOV 35	204	0,41
DEZ 35	201	0,40
JAN 36	204	0,41
FEB 36	201	0,40
MAR 36	204	0,41
ABR 36	201	0,40
MAY 36	204	0,41
JUN 36	201	0,40
JUL 36	204	0,41
AUG 36	201	0,40
SEP 36	204	0,41
OCT 36	201	0,40
NOV 36	204	0,41
DEZ 36	201	0,40
JAN 37	204	0,41
FEB 37	201	0,40
MAR 37	204	0,41
ABR 37	201	0,40
MAY 37	204	0,41
JUN 37	201	0,40
JUL 37	204	0,41
AUG 37	201	0,40
SEP 37	204	0,41
OCT 37	201	0,40
NOV 37	204	0,41
DEZ 37	201	0,40
JAN 38	204	0,41
FEB 38	201	0,40
MAR 38	204	0,41
ABR 38	201	0,40
MAY 38	204	0,41
JUN 38	201	0,40
JUL 38	204	0,41
AUG 38	201	0,40
SEP 38	204	0,41
OCT 38	201	0,40
NOV 38	204	0,41
DEZ 38	201	0,40
JAN 39	204	0,41
FEB 39	201	0,40
MAR 39	204	0,41
ABR 39	201	0,40
MAY 39	204	0,41
JUN 39	201	0,40
JUL 39	204	0,41
AUG 39	201	0,40
SEP 39	204	0,41
OCT 39	201	0,40
NOV 39	204	0,41
DEZ 39	201	0,40
JAN 40	204	0,41
FEB 40	201	0,40
MAR 40	204	0,41
ABR 40	201	0,40
MAY 40	204	0,41
JUN 40	201	0,40
JUL 40	204	0,41
AUG 40	201	0,40
SEP 40	204	0,41
OCT 40	201	0,40
NOV 40	204	0,41
DEZ 40	201	0,40
JAN 41	204	0,41
FEB 41	201	0,40
MAR 41	204	0,41
ABR 41	201	0,40
MAY 41	204	0,41
JUN 41	201	0,40
JUL 41	204	0,41
AUG 41	201	0,40
SEP 41	204	0,41
OCT 41	201	0,40
NOV 41	204	0,41
DEZ 41	201	0,40
JAN 42	204	0,41
FEB 42	201	0,40
MAR 42	204	0,41
ABR 42	201	0,40
MAY 42	204	0,41
JUN 42	201	0,40
JUL 42	204	0,41
AUG 42	201	0,40
SEP 42	204	0,41
OCT 42	201	0,40
NOV 42	204	0,41
DEZ 42	201	0,40
JAN 43	204	0,41
FEB 43	201	0,40
MAR 43	204	0,41
ABR 43	201	0,40
MAY 43	204	0,41
JUN 43	201	0,40
JUL 43	204	0,41
AUG 43	201	0,40
SEP 43	204	0,41
OCT 43	201	0,40
NOV 43	204	0,41
DEZ 43	201	0,40
JAN 44	204	0,41
FEB 44	201	0,40
MAR 44	204	0,41
ABR 44	201	0,40
MAY 44	204	0,41
JUN 44	201	0,40
JUL 44	204	0,41
AUG 44	201	0,40
SEP 44	204	0,41
OCT 44	201	0,40
NOV 44	204	0,41
DEZ 44	201	0,40
JAN 45	204	0,41
FEB 45	201	0,40
MAR 45	204	0,41
ABR 45	201	0,40
MAY 45	204	0,41
JUN 45	201	0,40
JUL 45	204	0,41
AUG 45	201	0,40
SEP 45	204	0,41
OCT 45	201	0,40
NOV 45	204	0,41
DEZ 45	201	0,40
JAN 46	204	0,41
FEB 46	201	0,40
MAR 46	204	0,41
ABR 46	201	0,40
MAY 46	204	0,41
JUN 46	201	0,40
JUL 46	204	0,41
AUG 46	201	0,40
SEP 46	204	0,41
OCT 46	201	0,40
NOV 46	204	0,41
DEZ 46	201	0,40
JAN 47	204	0,41
FEB 47	201	0,40
MAR 47	204	0,41
ABR 47	201	0,40
MAY 47	204	0,41
JUN 47	201	0,40
JUL 47	204	0,41
AUG 47	201	0,40
SEP 47	204	0,41
OCT 47	201	0,40
NOV 47	204	0,41
DEZ 47	201	0,40
JAN 48	204	0,41
FEB 48	201	0,40
MAR 48	204	0,41
ABR 48	201	0,40
MAY 48	204	0,41
JUN 48	201	0,40
JUL 48	204	0,41
AUG 48	201	0,40
SEP 48	204	0,41
OCT 48	201	0,40
NOV 48	204	0,41
DEZ 48	201	0,40
JAN 49	204	0,41
FEB 49	201	0,40
MAR 49	204	0,41
ABR 49	201	0,40
MAY 49	204	0,41
JUN 49	201	0,40
JUL 49	204	0,41
AUG 49	201	0,

**COSERN**

**DADOS DO CLIENTE**  
**AURICLIA MELO MESQUITA**

CPF: 012 086 584-45

**CLASSIFICAÇÃO**  
 B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL

**ENTRADA DA VIGILÂNCIA CONSUMIDORA**  
 RUA TERCIO WILLIAM DE LENCIA  
 CUNHA 416  
 RINCÃOÁREA URBANA  
 MOSSORÓ RN  
 59600-001

7014401614 - 07/2019  
 05/08/2019 - 28/08/2019

QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
100,000000	0,000000	136,06
		3,53
		12,58
		3,17
		2,30
		2,75
		1,94
		0,27

**TOTAL DA FATURA** 162,86

Atividade: Aterramento de Rede Elétrica  
 Cliente: Frio, Dótila, Múltiplos  
 Nota por atividade: 012086584-45 - 28/08/19  
 Nota por atividade: 012086584-45 - 28/08/19  
 Nota por atividade: 012086584-45 - 28/08/19  
 Nota por atividade: 012086584-45 - 28/08/19  
 Nota por atividade: 012086584-45 - 28/08/19  
 Nota por atividade: 012086584-45 - 28/08/19

**COSERN**

**DADOS DO CLIENTE**  
**AURICLIA MELO MESQUITA**

CPF: 012 086 584-45

**CLASSIFICAÇÃO**  
 B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL

**ENTRADA DA VIGILÂNCIA CONSUMIDORA**  
 RUA TERCIO WILLIAM DE LENCIA  
 CUNHA 416  
 RINCÃOÁREA URBANA  
 MOSSORÓ RN  
 59600-001

7014401614 - 09/2019  
 10/10/2019 - 29/10/2019

QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
142,000000	0,000000	94,71
		7,46
		5,38

**TOTAL DA FATURA** 107,55

Atividade: Aterramento de Rede Elétrica  
 Cliente: Frio, Dótila, Múltiplos  
 Nota por atividade: 012086584-45 - 28/08/19  
 Nota por atividade: 012086584-45 - 28/08/19  
 Nota por atividade: 012086584-45 - 28/08/19  
 Nota por atividade: 012086584-45 - 28/08/19  
 Nota por atividade: 012086584-45 - 28/08/19  
 Nota por atividade: 012086584-45 - 28/08/19

NR DO	TIPO DA	DATA	ANTERIOR	POSTERIOR	DE	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
11000000	CAT	28/08/2019	144,00	280,00	136,00	136,06	0,00	136,06

PERÍODO	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)
28/08/19	136,06	136,06
29/08/19	136,06	136,06
30/08/19	136,06	136,06
31/08/19	136,06	136,06
01/09/19	136,06	136,06
02/09/19	136,06	136,06
03/09/19	136,06	136,06
04/09/19	136,06	136,06
05/09/19	136,06	136,06
06/09/19	136,06	136,06
07/09/19	136,06	136,06
08/09/19	136,06	136,06
09/09/19	136,06	136,06
10/09/19	136,06	136,06
11/09/19	136,06	136,06
12/09/19	136,06	136,06
13/09/19	136,06	136,06
14/09/19	136,06	136,06
15/09/19	136,06	136,06
16/09/19	136,06	136,06
17/09/19	136,06	136,06
18/09/19	136,06	136,06
19/09/19	136,06	136,06
20/09/19	136,06	136,06
21/09/19	136,06	136,06
22/09/19	136,06	136,06
23/09/19	136,06	136,06
24/09/19	136,06	136,06
25/09/19	136,06	136,06
26/09/19	136,06	136,06
27/09/19	136,06	136,06
28/09/19	136,06	136,06
29/09/19	136,06	136,06
30/09/19	136,06	136,06
01/10/19	136,06	136,06
02/10/19	136,06	136,06
03/10/19	136,06	136,06
04/10/19	136,06	136,06
05/10/19	136,06	136,06
06/10/19	136,06	136,06
07/10/19	136,06	136,06
08/10/19	136,06	136,06
09/10/19	136,06	136,06
10/10/19	136,06	136,06
11/10/19	136,06	136,06
12/10/19	136,06	136,06
13/10/19	136,06	136,06
14/10/19	136,06	136,06
15/10/19	136,06	136,06
16/10/19	136,06	136,06
17/10/19	136,06	136,06
18/10/19	136,06	136,06
19/10/19	136,06	136,06
20/10/19	136,06	136,06
21/10/19	136,06	136,06
22/10/19	136,06	136,06
23/10/19	136,06	136,06
24/10/19	136,06	136,06
25/10/19	136,06	136,06
26/10/19	136,06	136,06
27/10/19	136,06	136,06
28/10/19	136,06	136,06
29/10/19	136,06	136,06
30/10/19	136,06	136,06
31/10/19	136,06	136,06

NR DO	TIPO DA	DATA	ANTERIOR	POSTERIOR	DE	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
11000000	CAT	28/08/2019	144,00	280,00	136,00	136,06	0,00	136,06

PERÍODO	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)
28/08/19	136,06	136,06
29/08/19	136,06	136,06
30/08/19	136,06	136,06
31/08/19	136,06	136,06
01/09/19	136,06	136,06
02/09/19	136,06	136,06
03/09/19	136,06	136,06
04/09/19	136,06	136,06
05/09/19	136,06	136,06
06/09/19	136,06	136,06
07/09/19	136,06	136,06
08/09/19	136,06	136,06
09/09/19	136,06	136,06
10/09/19	136,06	136,06
11/09/19	136,06	136,06
12/09/19	136,06	136,06
13/09/19	136,06	136,06
14/09/19	136,06	136,06
15/09/19	136,06	136,06
16/09/19	136,06	136,06
17/09/19	136,06	136,06
18/09/19	136,06	136,06
19/09/19	136,06	136,06
20/09/19	136,06	136,06
21/09/19	136,06	136,06
22/09/19	136,06	136,06
23/09/19	136,06	136,06
24/09/19	136,06	136,06
25/09/19	136,06	136,06
26/09/19	136,06	136,06
27/09/19	136,06	136,06
28/09/19	136,06	136,06
29/09/19	136,06	136,06
30/09/19	136,06	136,06
01/10/19	136,06	136,06
02/10/19	136,06	136,06
03/10/19	136,06	136,06
04/10/19	136,06	136,06
05/10/19	136,06	136,06
06/10/19	136,06	136,06
07/10/19	136,06	136,06
08/10/19	136,06	136,06
09/10/19	136,06	136,06
10/10/19	136,06	136,06
11/10/19	136,06	136,06
12/10/19	136,06	136,06
13/10/19	136,06	136,06
14/10/19	136,06	136,06
15/10/19	136,06	136,06
16/10/19	136,06	136,06
17/10/19	136,06	136,06
18/10/19	136,06	136,06
19/10/19	136,06	136,06
20/10/19	136,06	136,06
21/10/19	136,06	136,06
22/10/19	136,06	136,06
23/10/19	136,06	136,06
24/10/19	136,06	136,06
25/10/19	136,06	136,06
26/10/19	136,06	136,06
27/10/19	136,06	136,06
28/10/19	136,06	136,06
29/10/19	136,06	136,06
30/10/19	136,06	136,06
31/10/19	136,06	136,06

**NOTA FISCAL**

Valor Total: 162,86

Valor de Venda: 162,86

Valor de ICMS: 0,00

Valor de IPTU: 0,00

Valor de IPI: 0,00

Valor de IOF: 0,00

Valor de ISS: 0,00

Valor de PIS: 0,00

Valor de COFINS: 0,00

Valor de Outros: 0,00

Valor Total: 162,86

**NOTA FISCAL**

Valor Total: 107,55

Valor de Venda: 107,55

Valor de ICMS: 0,00

Valor de IPTU: 0,00

Valor de IPI: 0,00

Valor de IOF: 0,00

Valor de ISS: 0,00

Valor de PIS: 0,00

Valor de COFINS: 0,00

Valor de Outros: 0,00

Valor Total: 107,55



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 ( ) DIABETES ( ) ALERGIA MEDICAMENTOSA ( ) NÃO  
CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_  
RG: 002475938 PA: 160x80  
HISTÓRIA CLÍNICA:

Doente com quadro de dor de abdômen  
glor. cólica, tipo cólico, refere dor  
no abdômen tipo cólico, em litig  
clonico

CONDIÇÃO:

- 1) Regra cólica com litig
  - 2) BSCAFU cólico - litig com litig
  - 3) voltarem - litig
  - 4) Exame físico com litig
- litig com litig

[Assinatura]  
Médica  
CRM/RN 8259

DIAGNÓSTICO: 1) Doença - litig com litig  
TRAUMA

HORA DE SAÍDA: \_\_\_\_\_



## Vacinas

- - Anti-Meningococo
- - Anti-Vírus Hepatite
- - Anti-Pneumococo

OK - Anti-tétano

- Anti-HeV (Anti-poro)  
Anti-16 (Australis)

5 min  
16/10/19





### RECEITUÁRIO

Paciente Amílcar Roberto Augusto, 36  
anos de idade, sexo masculino, de estado civil solteiro,  
morando com a esposa, sup. de saúde, sup. de renda,  
adquirindo parte da renda em região do comércio,  
fornecendo dados a respeito da situação;  
Necessitando de um plano de tratamento e controle,  
e de UDE. PA: 110 x 80; FR. 22;  
AP e ACV: sem alteração - FC 98;  
ST<sub>2</sub> 95% de oxigênio; Não apresenta  
leucócitos; Glicose 115; Tensão: 110/70 mmHg;  
BSCW/MC normal. 1/100 + 20 BSCW;  
O paciente não apresenta; tendo no laboratório  
B. 17 vezes, sem sucesso, telefone  
OCUPADO.

Dra. Maria Tereza de Aguiar Barbosa  
Médica  
CRM/RN 8261

13.07.17

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

HOSPITAL REGIONAL TÁRCISO MATA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SANE MOSSORÓ 16.10.2019

SANE / ARQUIVO



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



FICHA DE URGÊNCIA

NOME: Auricélia Melo Meneguete  
NASC: 24/04/83 IDADE: 36 DATA: 19/07/19 SEXO: F  
NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: Av. Alva CIDADE: Grossos  
PA: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ HORA: 18:03  
HIPERTENSÃO X DIABETES X ALERGIA MEDICAMENTOSA ( ) NÃO  
CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_ PA: 160x80  
RG: 002475998  
HISTÓRIA CLÍNICA:

Acidente com queda de objeto de alto  
peso correndo risco de lesão de  
coluna lombar. Não há dor  
na região lombar. Não há  
dor no pescoço. Não há  
dor no braço direito.

CONDIÇÃO:

- 1) Ruptura do ligamento cruzado anterior - LCA
  - 2) Ruptura do ligamento cruzado posterior - LCP
  - 3) Ruptura do ligamento lateral - LL
  - 4) Ruptura do ligamento medial - LM
- Exame físico: sem alterações.

Dr. Livia Karina Freitas da Silva  
Médica  
CRM/RN 8254

DIAGNÓSTICO:

1) Deformação - Lombar - L4/L5

HORA DE SAÍDA: \_\_\_\_\_



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL TAPACHULA

Nome: Aureliano Melo Marques

Idade: 34 Anos

Sexo: M

Profissão: Trabalhador

Endereço: 24:50

13/04/19

geral

25:50

MATERIAL USADO

30 unidades

30 unidades  
100 unidades

23

01

4.5

06

02

02

10

02

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL TAPACHULA  
16/04/2019  
BPM

SANE / ARQUIVO

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01





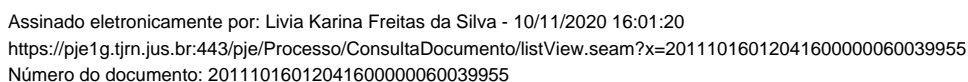


## EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Auricélia Melo Mesquita Leito: 208-1

DATA	EVOLUÇÃO
<del>18/07/19</del>	18/07/19
	Paciente bem.
	Alto Hospitalar.
	Eximmo

**PRESCRIÇÃO** CFM-1670

[illegible]





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome

Auriceia M. Mesquita

Reg N°

Diagnóstico pré-operatório:

Obstáculo

Indicação terapêutica:

Drenagem Torácica fechada Esplanectomia

INTERVENÇÃO

Início:

Fim:

Duração:

Operador

Esmaneci

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

Incisão em Tarcísio dorsal sob  
Anestesia  
Anti-séptica / Penicilina  
Incisão longitudinal supra e  
infra-umbilical

Exatidão do diagnóstico. Inventário:  
Ligadura de Roco. Realizamos Esplanectomia  
remoção de fígado. Lavagem na cavidade (E) IRE



**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA	

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<b>5 - NOME DO PACIENTE</b> Aniceia M. Magalhães		<b>6 - Nº DO PRONTUÁRIO</b>	
<b>7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)</b>		<b>8 - DATA DE NASCIMTO</b>	<b>9 - SEXO</b> <input checked="" type="checkbox"/> MASCO <input checked="" type="checkbox"/> FEM.
		<b>10 - RAÇA/COR</b>	
<b>11 - NOME DA Mãe</b>		<b>DDD</b>	<b>12 - TELEFONE DE CONTATO</b>
<b>13 - NOME DO RESPONSÁVEL</b>		<b>DDD</b>	<b>14 - TELEFONE DE CONTATO</b>
<b>15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)</b>			
<b>16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b>		<b>17 - CÓD. IBGE MUNICIPAL</b>	<b>18 - UF</b> <b>19 - CEP</b>

25 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHO)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		22 - CID DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		24 - CID DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL	26 - CID 10 PRINCIPAL	27 - CID 10 SECUNDÁRIO	28 - CIE 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
22 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO TIPO III	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	26 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

**-41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Realizamos - Experimentos  
torneamos Escondo con Sencilla  
Tercera Fecha - 1948

**PROFESSIONAL SOLICITANTE**

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - DATA DA EMISSÃO	
Ermance F. Gubino		13/07/18	
44 - DOCUMENTO	45 - Nº DOCUMENTO (CNPIS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE)	46 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
CNS	530145882484	Ermance F. Gubino	

## **-AUTORIZAÇÃO**

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - Cód. ORÇÃO EMISSOR	49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
50 - DOCUMENTO		51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
ICMS	ICDP	52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



Sistema Ministério  
SUS único de da  
Saúde Saúde

**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 Fem. ☒ 2

10 - RAÇA/COR  
**PARDA**

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE  
**MARILENE BARBOSA DE MELO MESQUITA**

DDD  
**84**

12 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE  
**33153390**

13 - NOME DO RESPONSÁVEL  
**AURICELIA MELO MESQUITA**

DDD  
**84**

14 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE  
**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/ou torácica*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

*Int. 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  
**E56.4**

25 - CID 10 SECUNDÁRIO  
**S36.0**

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.  
**V89.9**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
**LAPAROTOMIA EXPLORADORA**

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
**407040161/0415030043**

29 - CLÍNICA  
**CIR**

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
**2**

31 - DOCUMENTO  
( ) CNS (X) CPF  
**13045881491**

32 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE  
**ERMANCE FERNANDES PINHEIRO**

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
**13/07/2019**

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

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

35 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNPJ EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

**AUTORIZAÇÃO**

45 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR  
**LIGINEY LINO DE OLIVEIRA**

46 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

47 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO  
(X) CNS ( ) CPF  
**980016001835565**

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
**980016001835565**

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

**ESTA COPIA DEVE SER ENTREGUE AO PACIENTE**

**SAME I 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 Fam. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARILENE BARBOSA DE MELO MESQUITA

DDO

84

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

33153390

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

AURICELIA MELO MESQUITA

DDO

84

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

33153390

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

TERCIO WILLAME DE OLIVEIRA CUNHA, 416 - RINCAO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MOSSORO

17 - COD. 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 em tratamento e dor abdominal e peritonismo

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Int. 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  
K40.4

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 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

(X) CNS ( ) CPF

980016001835565

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ESTA AUTORIZAÇÃO DEVE SER ARQUIVADA NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

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.

Marilen Barbosa de Melo França  
Paciente ou responsável

**CCIH - HRTM**

DATA 23 / 07 / 19

Rapalla  
Assinatura

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA - HRTM

DATA 23/07/19

[Assinatura]  
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME CRIANÇAS  
NOME MOSSORÓ 16/07/2019

SAME / ARQUIVO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**ADRICELIA MELO MESQUITA**

DOC. IDENTIDADE / C.R.G. EMISSOR / UF  
002475893 SSP RN

CPF 012.096.384-45 DATA NASCIMENTO 21/04/1963

PRIMAÇÃO  
AGUIVALDO PINTO DE  
MESQUITA  
MARILYN BARBOSA DE MELO  
MESQUITA

PROFISSÃO: ☐ AGRICULTOR ☒ COMERCIAL ☐ OUTRO

CAT. HAB: AB

Nº REGISTRO 08859820186 VAL. HABSE 03/05/2023 1ª EMISSÃO 26/09/2013

OBSERVAÇÕES

*Adricelia Melo Mesquita*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL MOSORO, RN DATA EMISSÃO 03/05/2018

LUIZ EDUARDO MACHADO PEREIRA  
Diretor Geral - Departamento Nacional de Identificação

28513564410  
RRT08485245

RIO GRANDE DO NORTE

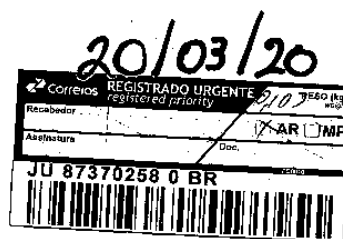
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1566403466

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1566403466





Num. 62608173 - Pág. 24



Seguradora Líder

R. Senador Dantas, 74, 15º Andar

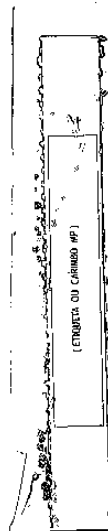
CEP: 20.034-205



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 10/11/2020 16:01:20

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111016012041600000060039955>

Número do documento: 20111016012041600000060039955



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



## 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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** AURICELIA MELO MESQUITA

### 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](http://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

