



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
62608 173	10/11/2020 16:01	<u>2764727_CONTESTACAO_Anexo_03</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 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, 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 15706363



220 00199/00300 - carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 10/11/2020 16:01:20
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111016012041600000060039955>
Número do documento: 20111016012041600000060039955

Num. 62608173 - Pág. 1



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, 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%

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, 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



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: 4 - Nome completo da vítima:
012 096 584 45 Aurielice Melo Mesquita

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 045/2012

5 - Nome completo:	Aurielice Melo Mesquita			6 - CPF:	012 096 584 45
7 - Profissão:	De Jor	8 - Endereço:	R. Tercio Willians	9 - Número:	416
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 VITIMA/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 D (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou nascituro/vilhapt? Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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	38 - 1 ^a { Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha}
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2 ^a { Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha}	40 - Local e Data, _____ Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	41 - Assinatura do Procurador (se houver)	

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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 bairro de Zé Maria, Zona Rural de Grossos/RN

COMUNICANTE: AURICELIA MELO MESQUITA, RG 002.475.998 SSP/RN, brasileiro (a), União estável, Do lar, Caraúbas/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 para 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

Cristiano Alves Lima
Cristiano Alves Lima
Delegado
DAT. 130.933-9
Delegacia Municipal de Areia Branca/RN
Policial Delegante

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

Marcos Antônio de Souza
Testemunha: Marcos Antônio de Souza - RG 001.972.849

Endereço: Rua Desembargador Filgueira, s/n, Centro, Areia Branca/RN
Telefone nº (84) 3332-5045 – email: dmareiabranca@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: 4 - Nome completo da vítima:
012 096 584 45 Aurielice Melo Mesquita

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 045/2012

5 - Nome completo:	Aurielice Melo Mesquita			6 - CPF:	012 096 584 45
7 - Profissão:	De Jor	8 - Endereço:	R. Tercio Willians	9 - Número:	416
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 VITIMA/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:

<input type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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 D (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou nascituro/válvula? Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos? Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não 34 - Vítima Vivos: Falecidos: 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 - 1^a { Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2^a { 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) _____

ESTOU CIENTE DE QUE A SEGURADORA LIDER 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 OMISSIONE 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 víma ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1 ^a { Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2 ^a { Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



KG · d. 2.475-998



**ESTADO DO PARÁ GRANDE DO NORTE
PODER JUDICIÁRIO - COMARCA DE CARAÚBAS
SEGUNDO CIRCUITO JUDICIÁRIO**

ANSWER TO - TAKEN AS A GENERAL TWO REGULATED ANSWER

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O relatório é visto?

arribadas (E.P.); 27 de Mayo de 1968

Grassmann *and* *Wittgenstein* *on* *the* *Self*



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

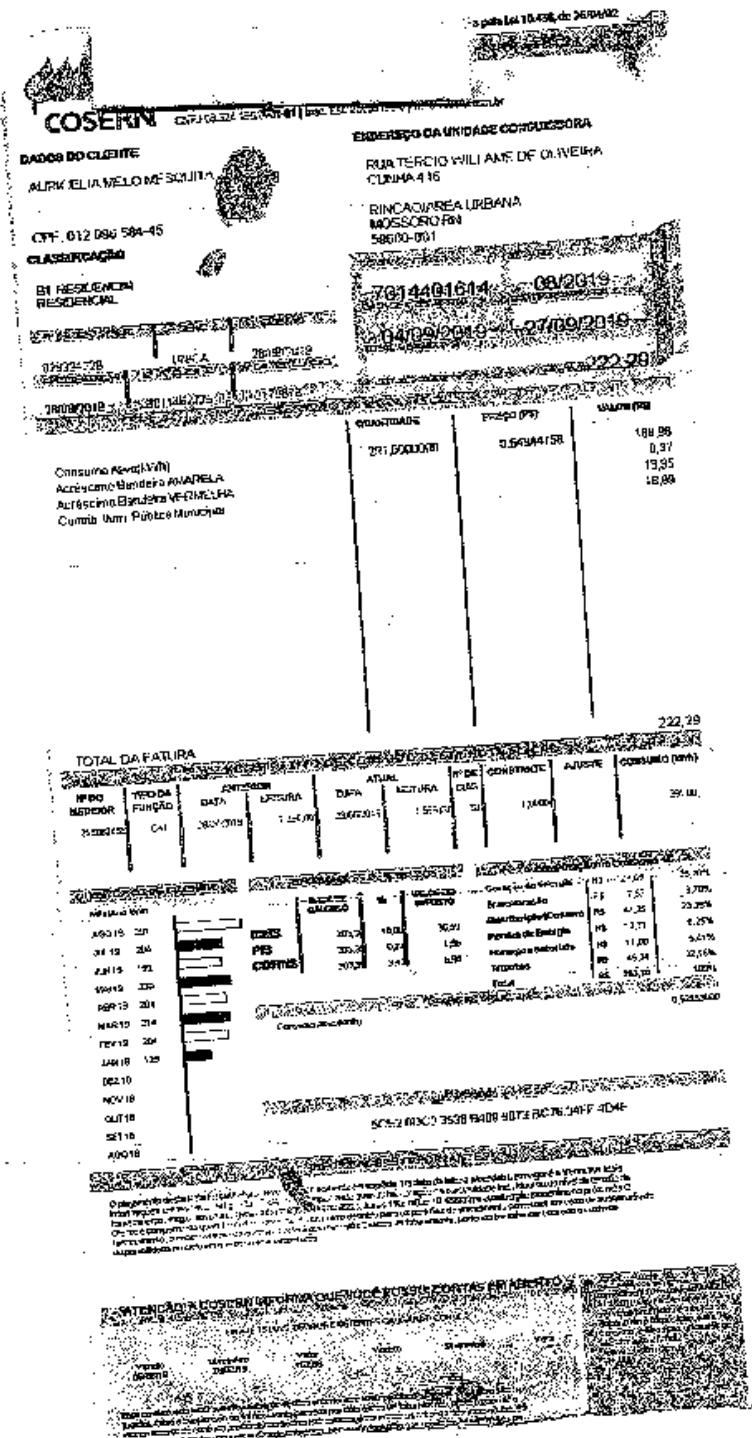
CONTA: 000000015649-0

Nr. da Autenticação 671507064FF43D84



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

Num. 62608173 - Pág. 8



COSERNDETALHES DO CLIENTE
MURICILIA MELLO NEVES RITA

CPF: 012 095 584-45

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTRATO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

027835102 UNICA 28/01/2019

TANDEM FORTALEZA

7014401614 - 05/06/2019 - 26/06/2019

7014401614 - 26/06/2019 - 10/07/2019

7014401614 - 10/07/2019 - 27/07/2019

7014401614 - 27/07/2019 - 13/08/2019

7014401614 - 13/08/2019 - 20/08/2019

7014401614 - 20/08/2019 - 27/08/2019

7014401614 - 27/08/2019 - 13/09/2019

7014401614 - 13/09/2019 - 20/09/2019

7014401614 - 20/09/2019 - 27/09/2019

7014401614 - 27/09/2019 - 13/10/2019

7014401614 - 13/10/2019 - 20/10/2019

7014401614 - 20/10/2019 - 27/10/2019

7014401614 - 27/10/2019 - 13/11/2019

7014401614 - 13/11/2019 - 20/11/2019

7014401614 - 20/11/2019 - 27/11/2019

7014401614 - 27/11/2019 - 13/12/2019

7014401614 - 13/12/2019 - 20/12/2019

7014401614 - 20/12/2019 - 27/12/2019

7014401614 - 27/12/2019 - 13/01/2020

7014401614 - 13/01/2020 - 20/01/2020

7014401614 - 20/01/2020 - 27/01/2020

7014401614 - 27/01/2020 - 13/02/2020

7014401614 - 13/02/2020 - 20/02/2020

7014401614 - 20/02/2020 - 27/02/2020

7014401614 - 27/02/2020 - 13/03/2020

7014401614 - 13/03/2020 - 20/03/2020

7014401614 - 20/03/2020 - 27/03/2020

7014401614 - 27/03/2020 - 13/04/2020

7014401614 - 13/04/2020 - 20/04/2020

7014401614 - 20/04/2020 - 27/04/2020

7014401614 - 27/04/2020 - 13/05/2020

7014401614 - 13/05/2020 - 20/05/2020

7014401614 - 20/05/2020 - 27/05/2020

7014401614 - 27/05/2020 - 13/06/2020

7014401614 - 13/06/2020 - 20/06/2020

7014401614 - 20/06/2020 - 27/06/2020

7014401614 - 27/06/2020 - 13/07/2020

7014401614 - 13/07/2020 - 20/07/2020

7014401614 - 20/07/2020 - 27/07/2020

7014401614 - 27/07/2020 - 13/08/2020

7014401614 - 13/08/2020 - 20/08/2020

7014401614 - 20/08/2020 - 27/08/2020

7014401614 - 27/08/2020 - 13/09/2020

7014401614 - 13/09/2020 - 20/09/2020

7014401614 - 20/09/2020 - 27/09/2020

7014401614 - 27/09/2020 - 13/10/2020

7014401614 - 13/10/2020 - 20/10/2020

7014401614 - 20/10/2020 - 27/10/2020

7014401614 - 27/10/2020 - 13/11/2020

7014401614 - 13/11/2020 - 20/11/2020

7014401614 - 20/11/2020 - 27/11/2020

7014401614 - 27/11/2020 - 13/12/2020

7014401614 - 13/12/2020 - 20/12/2020

7014401614 - 20/12/2020 - 27/12/2020

7014401614 - 27/12/2020 - 13/01/2021

7014401614 - 13/01/2021 - 20/01/2021

7014401614 - 20/01/2021 - 27/01/2021

7014401614 - 27/01/2021 - 13/02/2021

7014401614 - 13/02/2021 - 20/02/2021

7014401614 - 20/02/2021 - 27/02/2021

7014401614 - 27/02/2021 - 13/03/2021

7014401614 - 13/03/2021 - 20/03/2021

7014401614 - 20/03/2021 - 27/03/2021

7014401614 - 27/03/2021 - 13/04/2021

7014401614 - 13/04/2021 - 20/04/2021

7014401614 - 20/04/2021 - 27/04/2021

7014401614 - 27/04/2021 - 13/05/2021

7014401614 - 13/05/2021 - 20/05/2021

7014401614 - 20/05/2021 - 27/05/2021

7014401614 - 27/05/2021 - 13/06/2021

7014401614 - 13/06/2021 - 20/06/2021

7014401614 - 20/06/2021 - 27/06/2021

7014401614 - 27/06/2021 - 13/07/2021

7014401614 - 13/07/2021 - 20/07/2021

7014401614 - 20/07/2021 - 27/07/2021

7014401614 - 27/07/2021 - 13/08/2021

7014401614 - 13/08/2021 - 20/08/2021

7014401614 - 20/08/2021 - 27/08/2021

7014401614 - 27/08/2021 - 13/09/2021

7014401614 - 13/09/2021 - 20/09/2021

7014401614 - 20/09/2021 - 27/09/2021

7014401614 - 27/09/2021 - 13/10/2021

7014401614 - 13/10/2021 - 20/10/2021

7014401614 - 20/10/2021 - 27/10/2021

7014401614 - 27/10/2021 - 13/11/2021

7014401614 - 13/11/2021 - 20/11/2021

7014401614 - 20/11/2021 - 27/11/2021

7014401614 - 27/11/2021 - 13/12/2021

7014401614 - 13/12/2021 - 20/12/2021

7014401614 - 20/12/2021 - 27/12/2021

7014401614 - 27/12/2021 - 13/01/2022

7014401614 - 13/01/2022 - 20/01/2022

7014401614 - 20/01/2022 - 27/01/2022

7014401614 - 27/01/2022 - 13/02/2022

7014401614 - 13/02/2022 - 20/02/2022

7014401614 - 20/02/2022 - 27/02/2022

7014401614 - 27/02/2022 - 13/03/2022

7014401614 - 13/03/2022 - 20/03/2022

7014401614 - 20/03/2022 - 27/03/2022

7014401614 - 27/03/2022 - 13/04/2022

7014401614 - 13/04/2022 - 20/04/2022

7014401614 - 20/04/2022 - 27/04/2022

7014401614 - 27/04/2022 - 13/05/2022

7014401614 - 13/05/2022 - 20/05/2022

7014401614 - 20/05/2022 - 27/05/2022

7014401614 - 27/05/2022 - 13/06/2022

7014401614 - 13/06/2022 - 20/06/2022

7014401614 - 20/06/2022 - 27/06/2022

7014401614 - 27/06/2022 - 13/07/2022

7014401614 - 13/07/2022 - 20/07/2022

7014401614 - 20/07/2022 - 27/07/2022

7014401614 - 27/07/2022 - 13/08/2022

7014401614 - 13/08/2022 - 20/08/2022

7014401614 - 20/08/2022 - 27/08/2022

7014401614 - 27/08/2022 - 13/09/2022

7014401614 - 13/09/2022 - 20/09/2022

7014401614 - 20/09/2022 - 27/09/2022

7014401614 - 27/09/2022 - 13/10/2022

7014401614 - 13/10/2022 - 20/10/2022

7014401614 - 20/10/2022 - 27/10/2022

7014401614 - 27/10/2022 - 13/11/2022

7014401614 - 13/11/2022 - 20/11/2022

7014401614 - 20/11/2022 - 27/11/2022

7014401614 - 27/11/2022 - 13/12/2022

7014401614 - 13/12/2022 - 20/12/2022

7014401614 - 20/12/2022 - 27/12/2022

7014401614 - 27/12/2022 - 13/01/2023

7014401614 - 13/01/2023 - 20/01/2023

7014401614 - 20/01/2023 - 27/01/2023

7014401614 - 27/01/2023 - 13/02/2023

7014401614 - 13/02/2023 - 20/02/2023

7014401614 - 20/02/2023 - 27/02/2023

7014401614 - 27/02/2023 - 13/03/2023

7014401614 - 13/03/2023 - 20/03/2023

7014401614 - 20/03/2023 - 27/03/2023

7014401614 - 27/03/2023 - 13/04/2023

7014401614 - 13/04/2023 - 20/04/2023

7014401614 - 20/04/2023 - 27/04/2023

7014401614 - 27/04/2023 - 13/05/2023

7014401614 - 13/05/2023 - 20/05/2023

7014401614 - 20/05/2023 - 27/05/2023

7014401614 - 27/05/2023 - 13/06/2023

7014401614 - 13/06/2023 - 20/06/2023

7014401614 - 20/06/2023 - 27/06/2023

7014401614 - 27/06/2023 - 13/07/2023

7014401614 - 13/07/2023 - 20/07/2023

7014401614 - 20/07/2023 - 27/07/2023

7014401614 - 27/07/2023 - 13/08/2023

7014401614 - 13/08/2023 - 20/08/2023

7014401614 - 20/08/2023 - 27/08/2023

7014401614 - 27/08/2023 - 13/09/2023

7014401614 - 13/09/2023 - 20/09/2023

7014401614 - 20/09/2023 - 27/09/2023

7014401614 - 27/09/2023 - 13/10/2023

7014401614 - 13/10/2023 - 20/10/2023

7014401614 - 20/10/2023 - 27/10/2023

7014401614 - 27/10/2023 - 13/11/2023

7014401614 - 13/11/2023 - 20/11/2023

7014401614 - 20/11/2023 - 27/11/2023

7014401614 - 27/11/2023 - 13/12/2023

7014401614 - 13/12/2023 - 20/12/2023

7014401614 - 20/12/2023 - 27/12/2023

7014401614 - 27/12/2023 - 13/01/2024

7014401614 - 13/01/2024 - 20/01/2024

7014401614 - 20/01/2024 - 27/01/2024

7014401614 - 27/01/2024 - 13/02/2024

7014401614 - 13/02/2024 - 20/02/2024

7014401614 - 20/02/2024 - 27/02/2024

7014401614 - 27/02/2024 - 13/03/2024

7014401614 - 13/03/2024 - 20/03/2024

7014401614 - 20/03/2024 - 27/03/2024

Vacinas

- - Anti-Meningococo
- - Anti-Virus Hemorrágico
- - Anti-Pneumococo

OK - Anti-Hansen

- Anti-HCV (Antigeno)
- Anti-HB (Antígeno)

Envelhecimento
Ocorre





RECEITUÁRIO

Paciente Ademilson Melo Magno, 36
ano de idade, seiu paciente de nato,
estava seu costume, sup. seguisse,
apresentando forte dor em região do cotovelo,
sendo doloroso a mobilização;
descansando relato de dor no cotovelo,
e de MDE. PA: 110x80; FR. 22;
AP e AV: seu ritmo - FC 189;
SPO₂: 98% na oxigênio; Np: abuso
de cigarro; Glasgow 15; Teste: negativo;
BPCO/HM: ausente. IADP + 20 ABG DU;
Exame: Paciente não queixado; Dor no cotovelo
de 17 dias, seu sucesso, telefone
Ocupado!

Dra. Maria Lúcia de Oliveira Barbosa
Médica
CRM/RN 8281

13-07-14

HOSPITAL MUNICIPAL FLÁVIA JACINTA/RUA RAIMUNDO FERREIRA SN- SNPJ
11.418.305/0001-34. GROSSOS/ RN

HOSPITAL REGIONAL TARISTO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 16/07/2019
(B.M.)

SAME/ARQUIVO



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



FICHA DE URGÊNCIA

NOME: Auricelia Melo Marquesa
NASC: 24/04/83 IDADE: 36 DATA: 19/07/19 SEXO: (F)
NOME DA MÃE:
ENDERECO: Av. 100 - Alva CIDADE: Grossos
PA: TEMP: PESO: HGT: HORA: 18:03
HIPERTENSÃO DIABETES ALERGIA MEDICAMENTOSA
CARTÃO SUS: RG: 0024 75938 PA: 168/80

HISTÓRIA CLÍNICA:

Socorro com dardo de vassoura de auto,
desconforto, tipo dor de dor
de dor
de dor
de dor
de dor

CONDUTA:

- 1) Regras Cocofol laxante or dogout
 - 2) B&Cofal cortesia - laxante oral dogout
 - 3) Voltaren laxante oral
- Decalque torcane laxo dogout

Livia Karina Freitas da Silva
Médica
CRMN 0284

DIAGNÓSTICO:

Artrite

- 1) Decalque - laxante oral

HORA DE SAÍDA: _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TAMBOSA

Assinatura de Dr. Menezes

Dr. M. N. E. + L. S.

Dr. Ennawer ADRIANO DR. SPINNA

Dr. F. R. M. S.

Horas: 21:50

13/04/19

16/04/19

grave

23:50

ANESTESIADO

30. Unidade
100. Unidade
90cm.

DISTURBIO 23

01

9.5 cm 14.0

02

SACRO

02

16.

DIA SUPER AVIA

02 ml

01 ml



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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Anicélia Melo Mesquita Leito: 208-1

DATA	EVOLUÇÃO
Possível 18/07/19	Paciente Vhm. Alto Hospitalar. Estimado

PRESCRIÇÃO





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Adrietele P. Mesquita Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: Poli. hérnia

Indicação terapêutica: Drenagem torácica fechada expandida +
Esplenectomia.

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Emanuelle

1º Auxiliar: Dr. Umar

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: Dra. Liane

Anestesista: Dra. Liane

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

Paciente com decúbito dorsal sob

Anestesia

Anti-sepsia c/ Polidine

Incisão longitudinal superior

Impar-médico

Abertura de 17 cmos. - Intraoperatório:

Encontro de Rolo. Reolizamos - Esplenectomia
trecho de grande ferida de sangue no cativeiro fechado





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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

2 - CNES

4 - CNES

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Amorim M. Melo

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC

10 - RACA/COR

FEM

2

11 - NOME DA MÃE

12 - FONE DE CONTATO

DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - FONE DE CONTATO

DDD

15 - ENDERECO (RUA, N°, 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 - CID 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 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

Reabilitação - Esferenectomia

Torne estomio Estreitando colo de reto

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Emanuelle da Silva

43 - DATA DA EDUCAÇÃO

13/07/18

44 - DOCUMENTO

I CNIS

I JCPF

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

I

Sistema SUS único de Saúde	Ministério da 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 - N° DO PRONTUÁRIO 208624		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 700102472614520		8 - DATA DE NASCIMENTO 21/04/1983	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 2	10 - RAC/ETNIA PARDA
11 - NOME DA MÃE MARILENE BARBOSA DE MELO MESQUITA		12 - TELEFONE DE CONTATO DDD 84 N° DO FONE 33153390		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL AURICELIA MELO MESQUITA		14 - TELEFONE DE CONTATO DDD 84 N° DO FONE 33153390		
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) TERCIO WILLAME DE OLIVEIRA CUNHA, 416 - RINCAO				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MOSSORÓ		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 240800	18 - UF RN	19 - CEP 59645160
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente vítima de acidente de trânsito. Segue dia 10/04/2019 + dor abdominal e dor torácica</i>				
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO <i>Int. Cirúrgico</i> 0407030/23 0412040166				
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Ex. Clínico + Ex. Coagulograma</i>				
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NÃO ESPECIFICADAS				
24 - CID 10 PRINCIPAL B40.4		25 - CID 10 SECUNDÁRIO 536-0	26 - CID 10 CAUSAS ASSOC. V88.4	
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO LAPAROTOMIA EXPLORADORA		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 407040161 0412030013		
29 - CLÍNICA CIR	30 - CARÁTER DA INTERNACAO 2	31 - DOCUMENTO () CNS <input checked="" type="checkbox"/> 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) <i>Ermance Fernandes Pinheiro</i>		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE	
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR	
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO				
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO				
AUTORIZAÇÃO				
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR LIGINEY LINO DE OLIVEIRA		47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	48 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR ESTÁ COM 120 MIL BEM MOCABA SAMEI ARQUIVO	
49 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016001835565				
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)		



Sistema SUS único de da 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 - N° DO PRONTUÁRIO 208624							
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 700102472614520		8 - DATA DE NASCIMENTO 21/04/1983		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fam. <input checked="" type="checkbox"/> 3		10 - RAC/CCR PARDA		11.1 - ETNIA		
11 - NOME DA MÃE MARILENE BARBOSA DE MELO MESQUITA			12 - TELEFONE DE CONTATO DDD 84 33153380			13 - NOME DO RESPONSÁVEL AURICELIA MELO MESQUITA		14 - TELEFONE DE CONTATO DDD 84 33153380		
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) TERCIO WILLAME DE OLIVEIRA CUNHA, 416 - RINCAO										
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MOSSORÓ			17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 240800		18 - UF RN		19 - CEP 59645160			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO										
<p>20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</p> <p>Paciente vítima de Acidente de trânsito. Segue desf. domicílio + dor abdominal e dor torácica.</p>										
<p>21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO</p> <p>Inhal. Cirúrgico</p>										
<p>22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)</p> <p>Ex. Clínico + Ex. Complementar</p>										
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL			24 - CID 10 PRINCIPAL R20.4		25 - CID 10 SECUNDÁRIO 336.0		26 - CID 10 CAUSAS ASSOC V85.9			
OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NÃO ESPECIFICADAS										
PROCEDIMENTO SOLICITADO										
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO LAPAROTOMIA EXPLORADORA			28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 407040161 / 041500300							
29 - CLÍNICA CIR		30 - CARATER DA INTERNAÇÃO 2		31 - DOCUMENTO () CNS () CPF		32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE 13045881491		33 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE 13045881491		
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE ERMANE FERNANDES PINHEIRO			34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 13/07/2019			35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) Ermane Fernandes Pinheiro				
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)										
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			38 - CNPJ DA SEGURADORA			40 - N° DO BILHETE		41 - SÉRIE		
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			42 - CNPJ EMPRESA			43 - CNPJ DA EMPRESA		44 - CBOR		
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO										
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO										
AUTORIZAÇÃO										
45 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR LIGINEY LINO DE OLIVEIRA			47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR			52 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR ESTA COM PROBLEMA BAIXE MIGRAÇÃO				
48 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF		49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR 980016001835565			51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO									53 - 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 Bonfaga de Melo França
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 13 / 07 / 19

Ronalda

Assinatura

NUCLEO DE VIGILANCIA
EPIDEMICO CLINICO H.R.T.M.

DATA 07/07/19

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME E GRAVADA
NAME MOSSORÓ 16/07/2019

SAME / ARQUIVO





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

Num. 62608173 - Pág. 23





Seguradora Líder

R. Senador Dantas, 74, 15º Andar

CEP: 20.031-205



Fiscalia Mulo Mesquita
R. Terceiro Willame de Oliveira, 416
Pindá CEP 59645-160
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

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 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

