



Número: **0817554-90.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **03/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE AILTON CACIANO DA SILVA (AUTOR)	KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63632 125	09/12/2020 14:22	<u>2772895_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Documento de Comprovação

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: 28/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE AILTON CACIANO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02380

CONTA: 00000008461-6

Nr. da Autenticação 95EB6EA1927E4FE0



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/12/2020 14:22:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012091422458730000060987803>
Número do documento: 2012091422458730000060987803

Num. 63632125 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200352886 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AILTON CACIANO DA SILVA **Data do acidente:** 21/03/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.14 - ANEXO 2
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO PELO DR FABIANO DANTAS DE CARVALHO, CRMN: 6872, NA DATA DE 16/08/2020.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200352886 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AILTON CACIANO DA SILVA **Data do acidente:** 21/03/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.14 - ANEXO 2
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75





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, 05 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200352886 **Vítima: JOSE AILTON CACIANO DA SILVA**

Data do Acidente: 21/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE AILTON CACIANO DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOSE AILTON CACIANO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002380

Conta: 000008461-6

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

00010754




Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/12/2020 14:22:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914224587300000060987803>
Número do documento: 20120914224587300000060987803

Num. 63632125 - Pág. 4

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: 722.227.034-72 4 - Nome completo da vítima: *Jose Ailton Caciano da Silva*

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

5 - Nome completo:	<i>Jose Ailton Caciano da Silva</i>	6 - CPF:	722.827.034-72
7 - Profissão:	<i>agricultor</i>	8 - Endereço:	<i>Rua: Galdino Filho</i>
11 - Bairro:	<i>Pintos</i>	12 - Cidade:	<i>masseré</i>
15 - E-mail:			

9 - Número: 10 - Complemento: 45

13 - Estado: RN 14 - CEP: 59626-030

16 - Tel.(DDD): (81) 98170-0593

DADOS CADASTRAIS

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

 AGÊNCIA: **2380**

 CONTA: **8961**

(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 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (valencas)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não		33 - Vítima deixou pais/avós vivos?
<input type="checkbox"/> Não						<input type="checkbox"/> 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.

NÃO ALFABETIZADO

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Monteiro 08/06/2020
28 ALBASILLO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

01/0002/2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001023598 1.2 Data da Expedição: 04/06/2020 10:38:15
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 21/03/2020 08:30:00 2.2 Logradouro: RUA ROSEMIRO FONTES
2.3 Número: S/N 2.4 CEP: 59.626-250
2.5 Complemento: 2.6 Ponto de Referência: PRÓXIMO AO BAR DO COQUEIRO
2.7 Bairro: VINGT ROSADO 2.8 Cidade: MOSSORÓ
2.8 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ AILTON CASSIANO DA SILVA 3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Etnia: PARDO 3.4 Pai: JOSÉ CASSIANO DA SILVA
3.5 Mãe: SEVERINA SILVINA DA SILVA 3.6 Data de Nascimento: 14/07/1970
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 RG: 001229710 - SSP/RN
3.9 CPF: 72282703472 3.10 Passaporte:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Naturalidade: BARAÚNA/RN
3.13 Profissão: AGRICULTOR 3.14 E-Mail: MOSSOROSEGUROS8@GMAIL.COM
3.15 Telefone(s): 3.16 Logradouro: RUA GALDINO FILHO
3.17 Número: 45 3.18 CEP: 59626030
3.19 Bairro: PINTOS

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

A vítima informa que no dia, local e horário acima descritos transitava, como condutor, em um ciclomotor Traxx QL50 Q2, Chassi 951BXKB0BB015856, Renavam 01084733460, Placa QGF 9647/RN, de cor preta, licenciada em nome de Ronaldo Felipe da Silva, quando foi surpreendido outro motociclista, não identificado, colidiu contra a vítima, momento em que caiu ao solo bruscamente, sofrendo lesões em membro inferior, sendo socorrido por populares e encaminhado ao Hospital Regional Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia, em Mossoró/RN.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: JOSÉ AILTON CASSIANO DA SILVA

Data: 04/06/2020 11:17:44

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

FOI ORIENTADO A PROCURAR A DELEGACIA DO LOCAL DO FATO, PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS. A 2ª DELEGACIA P

DE MOSSORÓ-RN

Atendimento: 1691368 - WELLINGTON ALVES

Impresso por: WEB em 05/06/2020 09:17:06

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

* 20SL7 29SL8





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Registado a

AO UATM

Dr. WORON

(oftopclaus)

Encaminho o paciente José Antônio
C. da Silva, 49 anos, vítima
de queda de moto na 08a/8
apresenta dor e limitação de
movimento em ombro D com
hematoma em braço

Realizado: volta rem fsg im
Opinário S0091ml im
gato

Data: 29/03/2020

Dra. Marina Albuquerque
Assistente Carimbo
(61) 9915-0090

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: 84 3201-5000 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 29/03/2020
T. Kenneth P. Lima
SAME / ARQUIVO
mat. 150.343-0





Sistema Único de Saúde
Ministério de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

4 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

11/10/2020

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Fábio A. (do Círculo d. f.)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Men.

1

Fem.

3

10 - RAC/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - FONE DE CONTATO

000

Nº DO FONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - FONE DE CONTATO

000

Nº DO FONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BARRIO)

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fra Fra Fra rímenos (vermelho)
hó fôf fôf en fôf olho.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ano A Círculo C fôf

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anam + Ecos + Fra + 1x

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fra Fra Fra rímenos (vermelho) 24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fra. Círculo

04980000000000000000

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

2029/06/2020

Dr. Kéilerte Gurgei
Ortopedia e Traumatologia

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

46 - AUTONÔMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





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

PEDIDO DE EXAME	
NOME: <i>Isabel Gurgel</i>	
IDADE	<input type="text"/>
SEXO	<input type="text"/>
NATUREZA DO EXAME: <i>CCG</i>	
INDICAÇÃO CLÍNICA:	
MATRÍCULA: <input type="text"/>	
AMBULATÓRIO	<input type="text"/>
SAU	<input type="text"/>
ENFERMARIA	<input type="text"/>
LEITO	<input type="text"/>
DATA: <i>27/12/20</i>	
REQUISITANTE: <i>Dr. Kállerte Gurgel</i>	
CRM: <i>20107</i>	
Dr. Kállerte Gurgel Ortopedia e Traumatologia Ortopedia e Traumatologia CRM: 20107	





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

PEDIDO DE EXAME	
NOME: <u>25</u>	
IDADE: <u>11</u>	
SEXO: <u>M</u>	
MATRÍCULA: <u> </u>	
AMBULATÓRIO	<input type="checkbox"/>
SAU	<input type="checkbox"/>
ENFERMARIA <input type="checkbox"/>	
LEITO <input type="checkbox"/>	
NATUREZA DO EXAME: <u>Kidney</u>	
INDICAÇÃO CLÍNICA: <u>Urticaria</u>	
DATA: <u>29/11/2020</u>	
REQUISITANTE: <u>Dr. Kériberto Gurgel</u>	
CRM: <u> </u>	





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Regimento cl
AO UATM Dr. WANDER
(ontopclaus)

Encaminho o paciente José Alton
C. do Silve, 59 anos, vítima
de quebra de moto na orelha
Aprescrita dor e limitação de
movimento em ombro (D) com
hematoma em braço

Recuperação: volta nem 75% im
Opinero 500g/1 ml im

Data: 29/03/2020

Dra. Marina Albuquerque
Assistente de Carimbo

8nato

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3215-1650 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 29/03/2020
Dra. Renata L. Lima
SAME / ARQUIVO
mat. 150.343-0



10/12/2020 11:11:11 - UNIVENGO

 Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
11 - NOME DA MÃE		10 - RAC/COR	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		14 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF
19 - CÓD. IBGE ESTADO		20 - CÓD. IBGE CEP	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fora foras rinites nasal ② há 5 dias a f/ glau.</i>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Ar Acima C. f/</i>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Anam + Exame fogo + rx</i>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Brofrenas Úveras fogo 5/5.2</i>		24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Brof. C. f/</i>	
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		29 - CLÍNICA	
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>29/10/2020</i>	
34 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>CRM/RN 6706 TEOT-1493 PDE 3301</i>	
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
39 - CNPJ DA SEGURADORA			
40 - CNPJ EMPRESA			
41 - SÉRIE			
42 - CNAE DA EMPRESA			
43 - CBOR			
44 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA			
45 - EMPREGADO		46 - EMPREGADOR	
47 - AUTONÔMO		48 - DESEMPREGADO	
49 - APOSENTADO		50 - NÃO SEGURADO	
51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		52 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR	
53 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		54 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		56 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
57 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			





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

**PEDIDO
DE
EXAME**

NOME: <i>[Signature]</i>		MATRÍCULA: _____	
IDADE	<input type="text"/>	AMBULATÓRIO	<input type="text"/>
SEXO	<input type="text"/>	SAU	<input type="text"/>
NATUREZA DO EXAME: <i>CCG</i>		CRM: _____	
INDICAÇÃO CLÍNICA:			
DATA: <i>27/12/20</i>		REQUISITANTE: <i>Dr. Káilerte Gurgel</i> <small>Dr. Káilerte Gurgel Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 11298-RQE-301 PRAZONER 100</small>	CRM: _____





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

**PEDIDO
DE
EXAME**

NAME: _____

卷之三

LEITO

114

NATUREZA DO EXAME:

INDICAÇÃO CLÍNICA:

گلستان

INDICAÇÃO CLÍNICA:	Glicina 4P		
DATA:	29/07/2024	CRM:	
REQUISITANTE:	Dr. Kellente Gurgel Ortopedista e Traumatologista		

Guiget
Kélette Traumatologie
Dr. Kélette & Traumatologie
Orthopédie & Traumatologie
Grenoble 69600

REQUISITANTE:

CRM

卷之三

BALA

SUS

Bem-estar, Unidade de Saúde, Ministério da Saúde

Autenticação dos Estabelecimentos de Saúde

FIM DE DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
2 - NOME DO PACIENTE
3 - NOME DO PACIENTE
4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
5 - NOME DA MÃE
6 - NOME DO RESPONSÁVEL
7 - ENDERECO (RAU, Nº, Bairro)
8 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

9 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
10 - JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO
11 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
12 - PRINCIPAIS PRATICADOS DE PROFISSÕES DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

13 - DIÁGNOSTICO INICIAL
14 - PROcedimento SOLICITADO
15 - CLÍNICA
16 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
17 - VINCULO
18 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

19 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE TRÂNSITO, VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA, VÍNCULO COM EMPREGADOR, DATA DA AUTORIZAÇÃO)

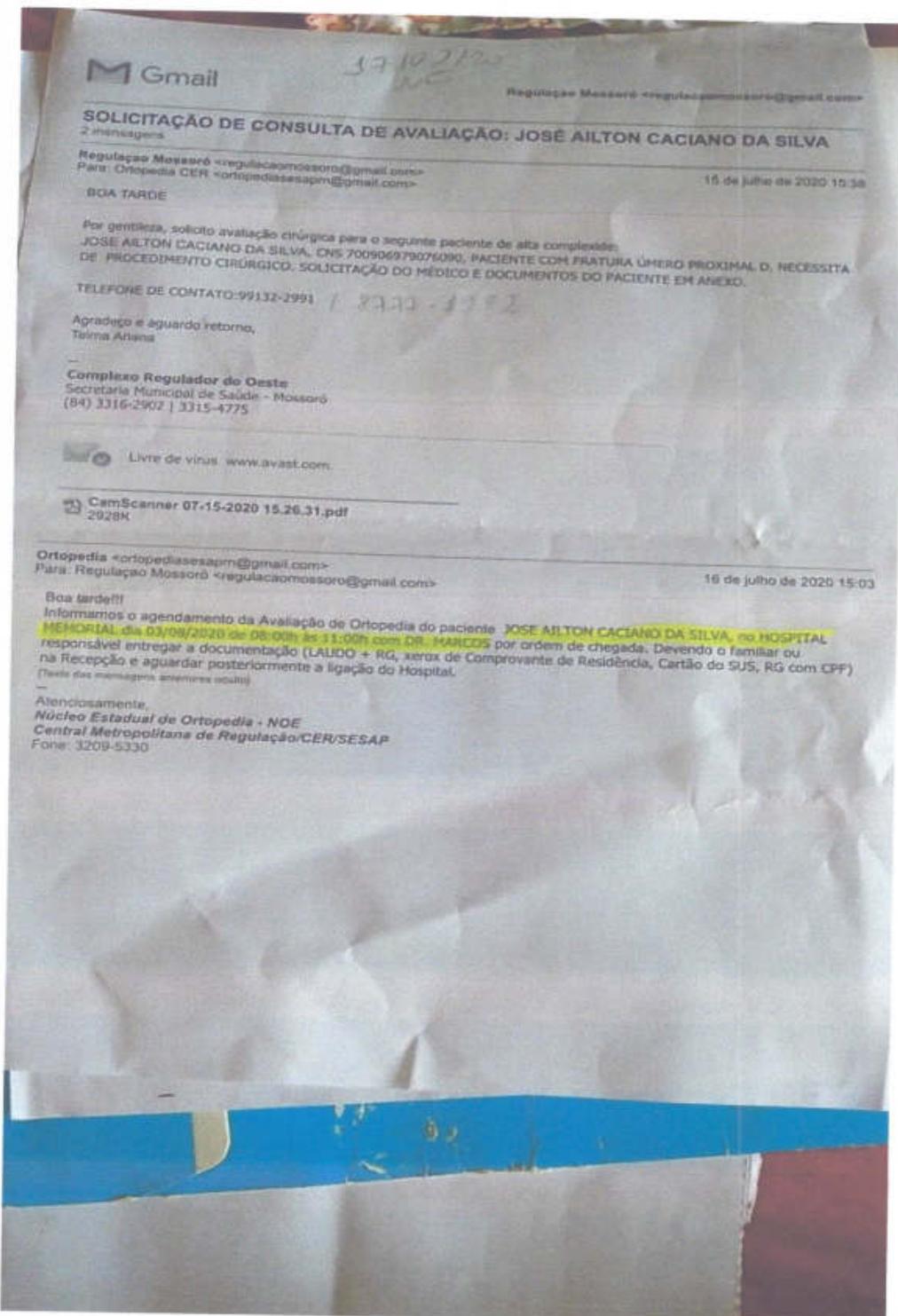
20 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
21 - DOCUMENTO
22 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
23 - ASSINATURA E CUNHOS (NP DO REGISTRO DO CONSELHO)

24 - CÓDIGO EMISSOR
25 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Dr. Kellerte Gurgel

3315-4994/331







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

José Ailton Caciano das Ilhas

Laudo

Paciente portador de
sequela de fratura do
húmero proximal direito,
apresentando dores aos
movimentos. Perca
total da elevação do
ombro. Paciente não
consegue desempenhar
suas funções profissio-
nais. Solicito auxílio
por tempo indeterminado
junto ao INSS.

CID = S42.2

T92

16/08/2020

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
TEOT: 15176 - CRMN: 6672





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

José Ailton Cacimba da Silva

Licando

Paciente sofreu acidente
de moto e fracturou
o úmero proximal
dirínte. Realizou
tratamento conservador
por 4 meses. Hoje encon-
tra-se com sequelas
permanente sem consegui-
rizar o embalo e
apresenta dor aos pequenos
movimentos.
Paciente de alta definitiva
da ortopedia.

CID=542.2

16/08/2020

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
TEOT: 15176 - CRMN: 6672





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

José Ailton Caiano da Silva

Ortopedia-Ginurgia do ombro

- Síndrome de fatiga
do úmero proximal

Urgente!

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
TEOT: 15176 - CRMN: 6672

16/08/2020



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/12/2020 14:22:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012091422458730000060987803>
Número do documento: 2012091422458730000060987803

Num. 63632125 - Pág. 21



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

jo SISREGI NIK
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES	3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES						
Identificação do Paciente		6 - N° DO PRONTUÁRIO							
5 - NOME DO PACIENTE <i>José Alton C. de Souza</i>	7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>1 / 1</i>	9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3						
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO DDD	10 - RAÇA/COR	13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO DDD	15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO	
<i>Paciente com história de baum- ~ varo D. Rx: Fr ameno proximal</i>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		<i>Indicação Cirurgia</i>	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		<i>Rx + Ex fisca-</i>	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fr ameno proximal</i>	24 - CID 10 PRINCIPAL <i>S42.2</i>	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Osteosíntese de Fr ameno proximal</i>		PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA <i>Ortopédic</i>	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Ortopédica</i>	31 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	<i>Dr. Igo Wierszak</i>	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Igo Wierszak</i>	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>12/10/2020</i>	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	<i>Dr. Igo Wierszak</i>		
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - N° 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 PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO		() EMPREGADOR		() AUTONÔMO	
() DESEMPREGADO		() APOSENTADO		() NÃO SEGURADO	

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		AUTORIZAÇÃO		52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
		47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR			
48 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>1 / 1</i>	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Registado a

AO UATM

Dr. WORON

(oftopclaus)

Encaminho o paciente José Antônio
C. da Silva, 49 anos, vítima
de queda de moto na 08a/8
apresenta dor e limitação de
movimento em ombro D com
hematoma em braço

Realizado: volta rem fsg im
Opinário S0091ml im
gato

Data: 29/03/2020

Dra. Marina Albuquerque
Assistente Carimbo
(61) 9915-0090

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: 84 3201-5000 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 29/03/2020
T. Kellen J. P. Tavares
SAME / ARQUIVO
mat. 150.343-0





Sistema Único de Saúde
Ministério de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

4 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

11/10/2020

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Fábio A. (do Círculo d. f.)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Men. 1

Fem. 2

10 - RAC/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - FONE DE CONTATO

DDD

Nº DO FONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - FONE DE CONTATO

DDD

Nº DO FONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BARRIO)

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fra fra rinite nasal
hóspit inf glau.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ano Acima Cto

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anam + Exan fra + rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Broto rinite hóspit J45.2

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

049800P3D9

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

37 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

38 - () VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

38 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

39 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

39 - () EMPREGADO

39 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

40 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

40 - () EMPREGADOR

40 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

41 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

41 - () AUTONÔMO

41 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

42 - () DESEMPREGADO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

43 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

43 - () APOSENTADO

43 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

44 - () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - () CNS

47 - () CPF

48 - () CARTEIRA

48 - () CTPS

49 - () TÍTULO

49 - () TITULO

50 - () TÍTULO

50 - () TITULO

51 - () TÍTULO

51 - () TITULO

52 - () TÍTULO

52 - () TITULO

53 - () TÍTULO

53 - () TITULO

54 - () TÍTULO

54 - () TITULO

55 - () TÍTULO

55 - () TITULO

56 - () TÍTULO

56 - () TITULO

57 - () TÍTULO

57 - () TITULO

58 - () TÍTULO

58 - () TITULO

59 - () TÍTULO

59 - () TITULO

60 - () TÍTULO

60 - () TITULO

61 - () TÍTULO

61 - () TITULO

62 - () TÍTULO

62 - () TITULO

63 - () TÍTULO

63 - () TITULO

64 - () TÍTULO

64 - () TITULO

65 - () TÍTULO

65 - () TITULO

66 - () TÍTULO

66 - () TITULO

67 - () TÍTULO

67 - () TITULO

68 - () TÍTULO

68 - () TITULO

69 - () TÍTULO

69 - () TITULO

70 - () TÍTULO

70 - () TITULO

71 - () TÍTULO

71 - () TITULO

72 - () TÍTULO

72 - () TITULO

73 - () TÍTULO

73 - () TITULO

74 - () TÍTULO

74 - () TITULO

75 - () TÍTULO

75 - () TITULO

76 - () TÍTULO

76 - () TITULO

77 - () TÍTULO

77 - () TITULO

78 - () TÍTULO

78 - () TITULO

79 - () TÍTULO

79 - () TITULO

80 - () TÍTULO

80 - () TITULO

81 - () TÍTULO

81 - () TITULO

82 - () TÍTULO

82 - () TITULO

83 - () TÍTULO

83 - () TITULO

84 - () TÍTULO

84 - () TITULO

85 - () TÍTULO

85 - () TITULO

86 - () TÍTULO

86 - () TITULO

87 - () TÍTULO

87 - () TITULO

88 - () TÍTULO

88 - () TITULO

89 - () TÍTULO

89 - () TITULO

90 - () TÍTULO

90 - () TITULO

91 - () TÍTULO

91 - () TITULO

92 - () TÍTULO

92 - () TITULO

93 - () TÍTULO

93 - () TITULO

94 - () TÍTULO

94 - () TITULO

95 - () TÍTULO

95 - () TITULO

96 - () TÍTULO

96 - () TITULO

97 - () TÍTULO

97 - () TITULO

98 - () TÍTULO

98 - () TITULO

99 - () TÍTULO

99 - () TITULO

100 - () TÍTULO

100 - () TITULO

101 - () TÍTULO

101 - () TITULO

102 - () TÍTULO

102 - () TITULO

103 - () TÍTULO

103 - () TITULO

104 - () TÍTULO

104 - () TITULO

105 - () TÍTULO

105 - () TITULO

106 - () TÍTULO

106 - () TITULO

107 - () TÍTULO

107 - () TITULO

108 - () TÍTULO

108 - () TITULO

109 - () TÍTULO

109 - () TITULO

110 - () TÍTULO

110 - () TITULO

111 - () TÍTULO

111 - () TITULO

112 - () TÍTULO

112 - () TITULO

113 - () TÍTULO

113 - () TITULO

114 - () TÍTULO

114 - () TITULO

115 - () TÍTULO

115 - () TITULO

116 - () TÍTULO

116 - () TITULO

117 - () TÍTULO

117 - () TITULO

118 - () TÍTULO

118 - () TITULO

119 - () TÍTULO

119 - () TITULO

120 - () TÍTULO

120 - () TITULO

121 - () TÍTULO

121 - () TITULO

122 - () TÍTULO

122 - () TITULO

123 - () TÍTULO

123 - () TITULO

124 - () TÍTULO

124 - () TITULO

125 - () TÍTULO

125 - () TITULO

126 - () TÍTULO

126 - () TITULO

127 - () TÍTULO

127 - () TITULO

128 - () TÍTULO

128 - () TITULO

129 - () TÍTULO

129 - () TITULO

130 - () TÍTULO

130 - () TITULO

131 - () TÍTULO

131 - () TITULO



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

PEDIDO DE EXAME	
NOME: <i>Isabel Gurgel</i>	
IDADE	<input type="text"/>
SEXO	<input type="text"/>
NATUREZA DO EXAME: <i>CCG</i>	
INDICAÇÃO CLÍNICA:	
MATRÍCULA: <input type="text"/>	
AMBULATÓRIO	<input type="text"/>
SAU	<input type="text"/>
ENFERMARIA	<input type="text"/>
LEITO	<input type="text"/>
DATA: <i>27/12/20</i>	
REQUISITANTE: <i>Dr. Kállerte Gurgel</i>	
CRM: <i>20107</i>	
Dr. Kállerte Gurgel Ortopedia e Traumatologia Ortopedia e Traumatologia CRM: 20107	





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

PEDIDO DE EXAME	
NOME: <u>25</u>	
IDADE: <u>11</u>	
SEXO: <u>M</u>	
MATRÍCULA: <u>1111111111111111</u>	
AMBULATÓRIO	<input type="checkbox"/>
SAU	<input type="checkbox"/>
ENFERMARIA	
LEITO	<input type="checkbox"/>
NATUREZA DO EXAME: <i>Exame para o tratamento da má orelha</i>	
INDICAÇÃO CLÍNICA: <i>Clínica</i>	
DATA: <u>29/11/2020</u>	
REQUISITANTE: <u>Dr. Kériberto Gurgel</u>	
CRM: <u>00000000000000000000</u>	





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Regimento cl
AO UATM Dr. WANDER
(ontopclaus)

Encaminho o paciente José Alton
C. do Silve, 59 anos, vítima
de queda de moto na obscuridade
apresenta dor e limitação de
movimento em ombro D com
hematoma em braço

Recomenda: voltar em 25/03/20
apinhar 500g/1ml em
gesso

Data: 29/03/2020

Dra. Marina Albuquerque
Assistente de Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3215-0650 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 29/03/2020
Dra. Renata L. Lima
SAME / ARQUIVO
mat. 150.343-0





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

**PEDIDO
DE
EXAME**

NOME: <i>[Signature]</i>		MATRÍCULA: _____	
IDADE	<input type="text"/>	AMBULATÓRIO	<input type="text"/>
SEXO	<input type="text"/>	SAU	<input type="text"/>
NATUREZA DO EXAME: <i>CCG</i>		CRM: _____	
INDICAÇÃO CLÍNICA:			
DATA: <i>27/12/20</i>		REQUISITANTE: <i>Dr. Káilerte Gurgel</i> <small>Dr. Káilerte Gurgel Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 11298-RQE-301 PRAZONERF, TEC</small>	CRM: _____





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

**PEDIDO
DE
EXAME**

PAGINA 10

DADE COUNTY, FLORIDA

EXO

NATUREZA DO EXAME

لهم إنا نسألك ملائكة حفظك من كل شر

گلچین

Dr. Kellerte Gurgel
Dr. Kellerte & Traumatologie
Orthopädie & Traumatologie
Gesamtklinik

REQUISITANTE:

DATA: _____

Num. 63632125 - Pág. 32



SUS

Bem-estar, Unidade de Saúde, Ministério da Saúde

Autenticação dos Estabelecimentos de Saúde

FIM DE VIDA DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
2 - NOME DO PACIENTE
3 - NOME DO PACIENTE
4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
5 - NOME DA MÃE
6 - NOME DO RESPONSÁVEL
7 - ENDERECO (RUA, Nº, Bairro)
8 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

9 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
10 - JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO
11 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
12 - PRINCIPAIS PRATICADOS DE PROFISSÕES DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

13 - DIÁGNOSTICO INICIAL
14 - PROcedimento SOLICITADO
15 - CLÍNICA
16 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
17 - VINCULO
18 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

19 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE TRÂNSITO, VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA, VÍNCULO COM EMPREGADOR, DATA DA AUTORIZAÇÃO)

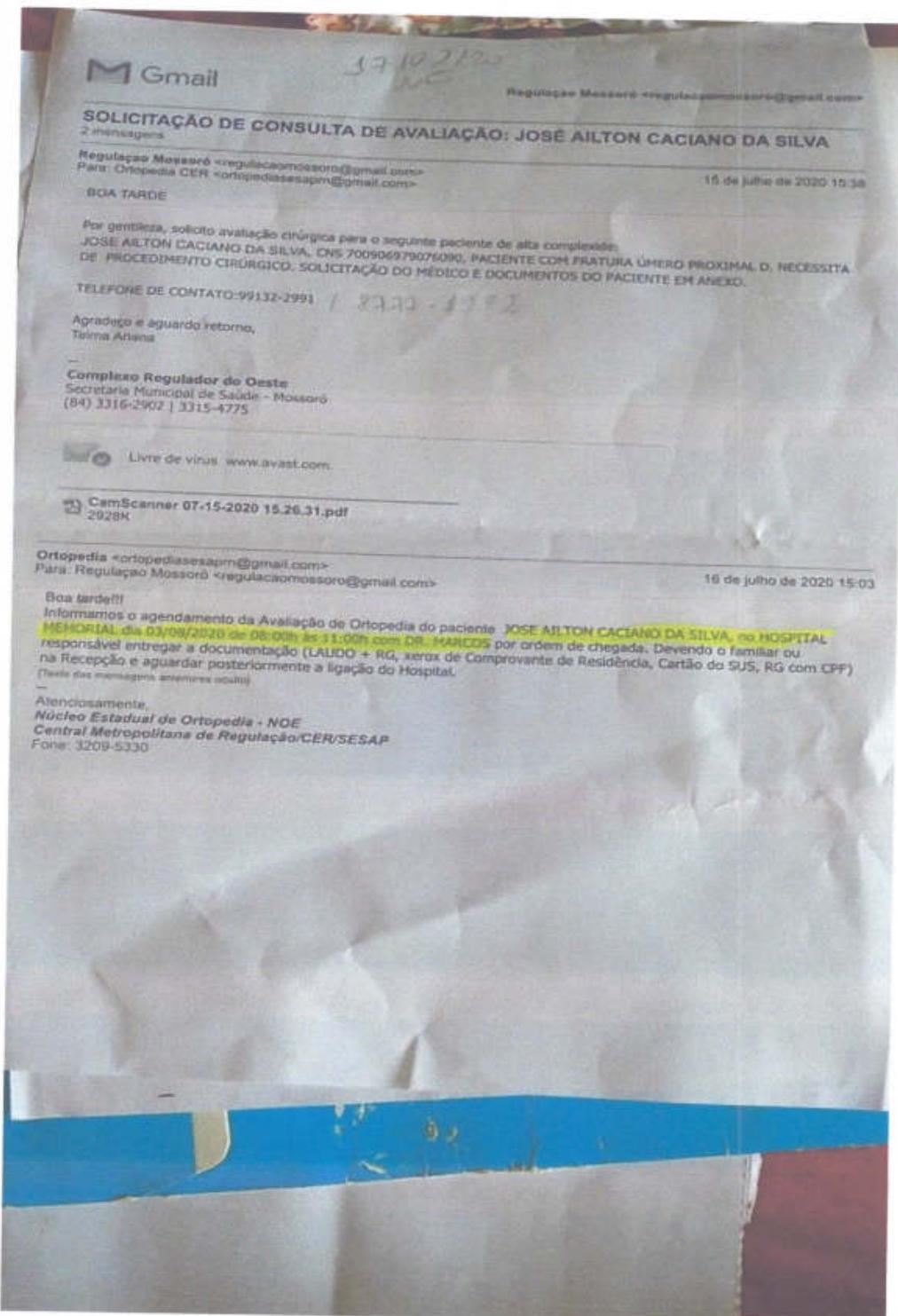
20 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
21 - DOCUMENTO
22 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
23 - ASSINATURA E CUNHOS (NP DO REGISTRO DO CONSELHO)

24 - NOME DO EMISSOR
25 - CNPJ DA INSURGADORA
26 - CNAE DA EMPRESA
27 - CNAE DA EMPRESA
28 - CNAE DA EMPRESA
29 - CNAE DA EMPRESA
30 - CNAE DA EMPRESA
31 - CNAE DA EMPRESA
32 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Dr. Kellerte Gurgel

3315-4994/331







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

José Ailton Caciano das Ilhas

Laudo

Paciente portador de
sequela de fratura do
húmero proximal direito,
apresentando dores aos
movimentos. Perca
total da elevação do
ombro. Paciente não
consegue desempenhar
suas funções profissio-
nais. Solicito auxílio
por tempo indeterminado
junto ao INSS.

CID = S42.2

T92

16/08/2020

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
TEOT: 15176 - CRMN: 6672





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

José Ailton Cacimba da Silva

Licando

Paciente sofreu acidente
de moto e fracturou
o úmero proximal
dirínte. Realizou
tratamento conservador
por 4 meses. Hoje encon-
tra-se com sequelas
permanente sem consegui-
rizar o embra e
apresenta dor aos pequenos
movimentos.
Paciente de alta definitiva
da ortopedia.

CID=542.2

16/08/2020

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
TEOT: 15176 - CRMN: 6672





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

José Ailton Caiano da Silva

Ortopedia-Ginurgia do ombro

- Síndrome de fatiga
do úmero proximal

Urgente!

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
TEOT: 15176 - CRMN: 6672

16/08/2020



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/12/2020 14:22:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012091422458730000060987803>
Número do documento: 2012091422458730000060987803

Num. 63632125 - Pág. 37



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

jo SISREGI NIK
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES	3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES						
Identificação do Paciente		6 - N° DO PRONTUÁRIO							
5 - NOME DO PACIENTE <i>João Alton C. de Souza</i>	7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>1 / 1</i>	9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3						
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO DDD	10 - RAÇA/COR	13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO DDD	15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO	
<p><i>Paciente com história de baum- ~</i> <i>uma D.</i> <i>Re: Fr ameno proximal</i></p>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		<p><i>Indicação Cirurgia</i></p>	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		<p><i>Re + Ex fisca-</i></p>	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fr ameno proximal</i>	24 - CID 10 PRINCIPAL <i>S42.2</i>	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Osteosíntese de Fr ameno proximal</i>		PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA <i>Ortopédic</i>	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Ortopédica</i>	31 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Igo Wierszko</i>	33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Igo Wierszko</i>	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>12/10/2020</i>
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA</i>		36 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>CRM RN 6429</i>		37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Igo Wierszko</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
38 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - N° 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 PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTONÔMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO	() NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		AUTORIZAÇÃO		52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
		47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR			
48 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>1 / 1</i>	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Registado a

AO UATM

Dr. WORON

(oftopclaus)

Encaminho o paciente José Antônio
C. do Silveira, 49 anos, vítima
de queda de moto na 08a/08
apresenta dor e limitação de
movimento em ombro D com
hematoma em braço

Realizado: volta rem fsg im
Opinário S0091ml im
gato

Data: 29/03/2020

Dra. Marina Albuquerque
Assistente Carimbo
(61) 9915-0090

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3201-5000 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 29/03/2020
T. Kellen J. P. Tavares
SAME / ARQUIVO
mat. 150.343-0





Sistema Único de Saúde
Ministério de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - NOME DO PACIENTE		<i>Frete A. (fa Cíclone d. f. f.)</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO / /
11 - NOME DA MÃE		9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		10 - RACIOCOR 000 N° DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, Bairro)		12 - TELEFONE DE CONTATO 000 N° DO TELEFONE
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - TELEFONE DE CONTATO 000 N° DO TELEFONE
		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	<i>frete forte náuseas (vermelho)</i>		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	<i>há 5 dias em f/olho.</i>		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	<i>Anam + Exame f/olho + rx</i>		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<i>broto frete ótico f/olho J45.2</i>			

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
		<i>20/09/2020</i>	<i>Dr. Kéilerte Gurgel</i>		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)					
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA SEGURADORA		
40 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA		41 - SÉRIE			
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTONÔMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO	() NÃO SEGURO
42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBOR	
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		46 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR		47 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			





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

PEDIDO DE EXAME	
NOME: <i>Isabel Gurgel</i>	
IDADE	<input type="text"/>
SEXO	<input type="text"/>
NATUREZA DO EXAME: <i>CCG</i>	
INDICAÇÃO CLÍNICA:	
MATRÍCULA: <input type="text"/>	
AMBULATÓRIO	<input type="text"/>
SAU	<input type="text"/>
ENFERMARIA	<input type="text"/>
LEITO	<input type="text"/>
REQUSITANTE: <i>Dr. Kállerte Gurgel</i>	
CRM: <input type="text"/>	
DATA: <i>27/12/20</i>	





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

PEDIDO DE EXAME	
NOME: <u>25</u>	
IDADE: <u>11</u>	
SEXO: <u>M</u>	
MATRÍCULA: <u>1111111111111111</u>	
AMBULATÓRIO	<input type="checkbox"/>
SAU	<input type="checkbox"/>
ENFERMARIA	
LEITO	<input type="checkbox"/>
NATUREZA DO EXAME: <i>Exame para o tratamento da má orelha</i>	
INDICAÇÃO CLÍNICA: <i>Clínica</i>	
DATA: <u>29/11/2020</u>	
REQUISITANTE: <u>Dr. Kériberto Gurgel</u>	
CRM: <u>00000000000000000000</u>	





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

jo SISREGI NIK
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES		
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE <i>José Ailton C. de Souza</i>	6 - N° DO PRONTUÁRIO		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>1 / 1</i>	9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> 1 Masc. <input type="checkbox"/> 3 Fem.	10 - RACA/COR
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE		
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente com história de baum. ~ uma D. Rx. Fr ameno proximal</i>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Indicação Cirurgia</i>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx e Ex fisca-</i>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fr ameno proximal</i>	24 - CID 10 PRINCIPAL <i>S42.2</i>	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Osteosíntese de Fr ameno proximal</i>	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
29 - CLÍNICA <i>Ortopédic</i>	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Ortopédica</i>	31 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Igo WILHELSMUS</i>
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Igo WILHELSMUS</i>	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>12/10/2020</i>	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Igo WILHELSMUS</i>	36 - SÉRIE <i>ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/RN 6429</i>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - N° DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA		
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTONÔMO	() DESEMPREGADO
() APOSENTADO	() NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO		
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR	52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>1 / 1</i>	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	





Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/12/2020 14:22:46
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012091422458730000060987803>
 Número do documento: 2012091422458730000060987803

Num. 63632125 - Pág. 45

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278279/20

Vítima: JOSE AILTON CACIANO DA SILVA

CPF: 722.827.034-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/03/2020

Titular do CPF: JOSE AILTON CACIANO DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE AILTON CACIANO DA SILVA : 722.827.034-72

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: 01/10/2020
Nome: JOSE AILTON CACIANO DA SILVA
CPF: 722.827.034-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2020
Nome: Maria Luíza Gonçalves da Silva
CPF: 122.394.894-30

JOSE AILTON CACIANO DA SILVA

Maria Luíza Gonçalves da Silva



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/12/2020 14:22:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012091422458730000060987803>
Número do documento: 2012091422458730000060987803

Num. 63632125 - Pág. 46