



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
63632125	09/12/2020 14:22	2772895_CONTESTACAO_Anexo_03	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: 000000008461-6

Nr. da Autenticação 95EB6EA1927E4FE0



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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: 722.827.034-72 4 - Nome completo da vítima: Jose Altton Cacicano 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: Jose Altton Cacicano da Silva 6 - CPF: 722.827.034-72
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Rua: Galdino Filho 9 - Número: 45 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pintos 12 - Cidade: mpxoro 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59626-030
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (84) 98170-0593

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2380 CONTA: 8461

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 de 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vainascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

11 V002/2019



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.defesasocial.m.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001023598

1.2 Data de 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

2.3 Número: S/N

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: VINGT ROSADO

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: RUA ROSEMIRO FONTES

2.4 CEP: 59.626-250

2.6 Ponto de Referência: PRÓXIMO AO BAR DO COQUEIRO

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ AILTON CASSIANO DA SILVA

3.3 Etnia: PARDO

3.5 Mãe: SEVERINA SILVINA DA SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 72282703472

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 45

3.18 Bairro: PINTOS

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: JOSÉ CASSIANO DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 14/07/1970

3.8 RG: 001228710 - SSP/RN

3.10 Passaporte:

3.12 Nacionalidade: BARAÚNA/RN

3.14 E-Mail: MOSSOROSEGUROS8@GMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA GALDINO FILHO

3.18 CEP: 59626030

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLuíDOS 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 951BXKB08B015856, 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. Tarcelo 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

* 2022 2 2 0 512 0



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 59426 - JOSE AILTON CACIANO DA SILVA (49 a 8 m 15 d)

Nascimento: 14/07/1970

Natural: BARAUNA.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700906979076090

CPF: 72282703472

Prof.

Mãe: SEVERINA SILVINA DA SILVA

Pai: JOSE CACIANO DA SILVA

Logradouro: ANTONIO GALDINO FILHO, 97

Bairro: RINCAO

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84.968122735

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS: REGULADO COM O ORTOPEDISTA

Classificação:

29/03/2020 09:26:52

PESO:

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: QUEDA DE MOTO HÁ 08 DIAS, APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO OMBRO D.

Dt e Hora:

Alguns pontos de nota: foi 28 dias
e 1/2 de S.
de equinec notiss. 1/2 de S.
menor. 1/2 de S. 1/2 de S.

Diagn. Inicial:

Assin:

[illegible]

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID _____ Proc. _____ Data: ____/____/20. Hr: ____:____ Médico: _____

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 29 de Março de 2020.
(Carimbar)

(Assinar e

HOSPITAL REGIONAL TACCISIO NAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 28 05 2080

F. Kenne & S. Pavones

SAME / AROUND

mag. 150.343-C



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/12/2020 14:22:46

<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914224587300000060987803>

Número do documento: 20120914224587300000060987803

Num. 63632125 - Pág. 7



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Registado cl
Ao UATM Dr. MONORO
(ortopedico)

Encomendo o paciente José Ailton
C. do Silva, 49 anos, vítima
de queda de moto na rua
Apresenta dor e limitação de
movimento em ombro D com
hematoma em brço
Realizado: Ultrassom 25mg im
Opinero 500mg 1ml im
snote

Data: 29/03/2020

Dra. Marina Albuquerque
Assinatura e Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (54) 3355 0048 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ

F. Kennedy J. P. P. P.
SANE / ARQUIVO

mat. 150.343-0



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde

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 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD. DE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - CNPJ EMPRESA

36 - CNAE DA EMPRESA

37 - SÉRIE

38 - CIBOR

39 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

40 - EMPREGADO

41 - EMPREGADOR

42 - AUTÔNOMO

43 - DESEMPREGADO

44 - APOSENTADO

45 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. EMISSÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR


49 - DOCUMENTO

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


51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - 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
<p> NOME: <u>for f. s.</u> MATRÍCULA: _____ </p>	
<p> IDADE <input type="text"/> AMBULATÓRIO <input type="text"/> ENFERMARIA <input type="text"/> </p>	<p> LEITO <input type="text"/> </p>
<p> SEXO <input type="text"/> SAU <input type="text"/> </p>	
<p> NATUREZA DO EXAME: <u>ECG</u> </p>	
<p>INDICAÇÃO CLÍNICA:</p>	
<p> DATA: <u>27/03/2020</u> REQUISITANTE: <u>Dr. Káiler Gurgel</u> <small>Ortopedia e Traumatologia</small> <small>CRM: 11293 RQE 3301</small> </p>	
<p> CRM: _____ </p>	



 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA	PEDIDO DE EXAME
<p> NOME: <u>Lucas</u> MATRÍCULA: _____ </p>	
<p> IDADE: <input type="text"/> AMBULATÓRIO: <input type="checkbox"/> ENFERMARIA: <input type="checkbox"/> </p>	<p> SEXO: <input type="text"/> SAU: <input type="checkbox"/> LEITO: <input type="checkbox"/> </p>
<p> NATUREZA DO EXAME: <u>Exame completo</u> <u>Exame de urina (padrão)</u> <u>Exame de sangue (padrão)</u> </p>	
<p> INDICAÇÃO CLÍNICA: <u>Glaucoma</u> </p>	
<p> DATA: <u>29/07/2020</u> </p>	<p> REQUISITANTE: <u>Dr. Kêllito Gurgel</u> <u>Ortopedia e Traumatologia</u> <u>CRM: 6156</u> </p>





Admissão: 29/03/2020 09:30:35

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 59426 - JOSE AILTON CACIANO DA SILVA (49 a 8 m 15 d)
Nascimento: 14/07/1970 Natural: BARCELONA, BRASIL

Nascimento: 14/07/1970

Natural: BARAUNA.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700906979076090

CPF: 72282703472

Prof:

Mãe: SEVERINA SILVINA DA SILVA

Pai: JOSE CACIANO DA SILVA

Logradouro: ANTONIO GALDINO FILHO, 97

CEP: 59626030

Bairro: RINCAO

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84.988122735

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Origem: FAMILIA

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS: REGULADO COM O ORTOPEDISTA

Classificação:

29/03/2020 09:26:52

PESO:

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: QUEDA DE MOTO HÁ 08 DIAS, APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO OMBRO D.
Dt e Hora:

Dt e Hora:

a. — Refere queda de peso que se deu
com o uso do S.
e é inferior ao normal. O defeito
menor. A parte mais próxima do

Diagn. Inicial:

Assin:

[illegible]

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: ___/___/20. Hr: :

Médico:

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 29 de Março de 2020.

(Assinar e

HOSPITAL REGIONAL DEUCISIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MESSORÓ

SAME / AROUND

max. 150.343-0



<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914224587300000060987803>

Número do documento: 20120914224587300000060987803



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Ao UATM

(ortopedico)

Requisito de
Dr. WANDER

Encaminho o paciente José Ailton
C. do Silva, 49 anos, vítima
de queda de moto na rua
Apresenta dor e limitação de
movimento em ombro (D) com
hematoma em prog
Realizado: ultrassom
Opinão: 50mg/ml im

Data: 29/03/2020

Dra. Marina Albuquerque
Assinatura e Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-0000 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ

T. Kennedy J. Pereira
SAME / ARQUIVO

mat. 150.343-0





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CHES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CHES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fratura simples proximal do
húmero direito.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

An. Acima C. f.

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

Ana + Ecografia + RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura simples proximal do

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura simples

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

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

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO


49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF


50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



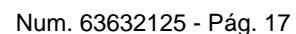
 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA		PEDIDO DE EXAME	
NOME: <u>for f. s.</u>		MATRÍCULA: _____	
IDADE <input type="text"/>	AMBULATÓRIO <input type="text"/>	ENFERMARIA <input type="text"/>	
SEXO <input type="text"/>	SAU <input type="text"/>	LEITO <input type="text"/>	
NATUREZA DO EXAME: <u>ECG.</u>			
INDICAÇÃO CLÍNICA: _____			
DATA: <u>27, 03, 2020.</u>		REQUISITANTE: <u>Dr. Kárlerte Gurgel</u> <small>Ortopedia e Traumatologia</small> <small>CRM: 11293-RQE 3301</small>	
		CRM: _____	

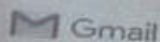


 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA		PEDIDO DE EXAME	
NOME: <u>Lucas</u>		MATRÍCULA: _____	
IDADE: <input type="text"/>	AMBULATÓRIO: <input type="checkbox"/>	ENFERMARIA: <input type="checkbox"/>	LEITO: <input type="checkbox"/>
SEXO: <input type="checkbox"/>	SAU: <input type="checkbox"/>		
NATUREZA DO EXAME: <u>Exame completo</u> <u>Exame de urina (EUA)</u> <u>Exame de sangue (ES)</u>			
INDICAÇÃO CLÍNICA: <u>Chicuri</u>			
DATA: <u>29/11/2020</u>		REQUISITANTE: <u>Dr. Kéiteto Gurgel</u> <u>Ortopedia e Traumatologia</u> <u>CRM: 14900 RCE 1301</u>	
CRM: _____		_____	



3315-4994/33





Regulação Mossoró <regulacaomossoro@gmail.com>

SOLICITAÇÃO DE CONSULTA DE AVALIAÇÃO: JOSÉ AILTON CACIANO DA SILVA

2 mensagens

Regulação Mossoró <regulacaomossoro@gmail.com>
Para: Ortopedia CER <ortopediasesapm@gmail.com>

15 de julho de 2020 15:38

BOA TARDE

Por gentileza, solicito avaliação cirúrgica para o seguinte paciente de alta complexidade:
JOSE AILTON CACIANO DA SILVA, CNIS 700906979076080, PACIENTE COM FRATURA ÚMERO PROXIMAL D, NECESSITA DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. SOLICITAÇÃO DO MÉDICO E DOCUMENTOS DO PACIENTE EM ANEXO.

TELEFONE DE CONTATO: 99132-2991

Agradeço e aguardo retorno,
Tatiana Ariana

Complexo Regulador do Oeste
Secretaria Municipal de Saúde - Mossoró
(84) 3316-2902 | 3315-4775

Livre de vírus: www.avast.com

CamScanner 07-15-2020 15:26:31.pdf
2928K

Ortopedia <ortopediasesapm@gmail.com>
Para: Regulação Mossoró <regulacaomossoro@gmail.com>

16 de julho de 2020 15:03

Boa tarde!!!

Informamos o agendamento da Avaliação de Ortopedia do paciente JOSE AILTON CACIANO DA SILVA, no HOSPITAL MEMORIAL dia 03/08/2020 de 08:00h às 11:00h com DR. MARCOS por ordem de chegada. Devendo o familiar ou responsável entregar a documentação (LAUDO + RG, xerox de Comprovante de Residência, Cartão do SUS, RG com CPF) na Recepção e aguardar posteriormente a ligação do Hospital.

(Texto das mensagens anteriores omitido)

Atenciosamente,
Núcleo Estadual de Ortopedia - NOE
Central Metropolitana de Regulação CER/SESAP
Fone: 3209-5330





José Ailton Caviano da Silva

Laudo

Paciente portador de
sequela de fratura do
úmero proximal direito,
apresentando dor aos
movimentos. Perda
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: 6872





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

Jon Ailton Caciono do Silva

Lauda

Paciente sofreu acidente
de moto e fraturou
o úmero proximal
distal. Realizou
tratamento conservador
por 4 meses. Hoje encon-
tra-se com sequelas
permanente sem conseguir
elevar o ombro e
apresenta dor aos poucos
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 Caviano de Silva

Ortopedia - Cirurgia do ombro

- Siguila de fratura
do osso proximal

Urgente!

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

16/08/2020



Jo SIREBI NIK

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da 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 <i>Jose Alton C. de Silva</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 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 trauma no membro D. R. Fr. unguis proximal</i>	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Indicada Cirurgia</i>	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx + Ec. físico</i>	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fr. unguis proximal</i>	24 - CID 10 PRINCIPAL <i>S42.2</i>
25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Osteossíntese de fr. unguis proximal</i>	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
29 - CLÍNICA <i>Ortopédica</i>	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
31 - DOCUMENTO () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Igo Walsky OLIVEIRA</i> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/RN 6429	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>10/09/2020</i>
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Igo Walsky OLIVEIRA</i> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/RN 6429	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	40 - Nº DO BILHETE
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	41 - SÉRIE
42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA
44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO	

AUTORIZAÇÃO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR
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)
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Registado cl
Ao UATM Dr. MONDINO
(ortopedico)

Encontrado o paciente José Ailton
C. do Silveira, 49 anos, vítima
de queda de moto na rua
Apresenta dor e limitação de
movimento em ombro D com
hematoma em brço
Realizado: ultrassom 25mg im
opirano 500mg 1ml im
snote

Data: 29/03/2020

Dra. Marina Albuquerque
Assistente Social

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (54) 3355-0048 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
BOTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ

F. Kennedy
SANE / ARQUIVO

mat. 150.343-0



SUS Sistema Único de Saúde Ministério da 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 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD. EDE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - CNPJ EMPRESA

36 - CNAE DA EMPRESA

37 - SÉRIE

38 - CIBOR

39 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

40 - EMPREGADO

41 - EMPREGADOR

42 - AUTÔNOMO

43 - DESEMPREGADO

44 - APOSENTADO

45 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. EMISSÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR


49 - DOCUMENTO

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


51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - 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
<p> NOME: <u>for f. s.</u> MATRÍCULA: _____ </p>	
<p> IDADE <input type="text"/> AMBULATÓRIO <input type="text"/> ENFERMARIA <input type="text"/> </p>	<p> LEITO <input type="text"/> </p>
<p> SEXO <input type="text"/> SAU <input type="text"/> </p>	
<p> NATUREZA DO EXAME: <u>ECG</u> </p>	
<p>INDICAÇÃO CLÍNICA:</p>	
<p> DATA: <u>27/11/2020</u> REQUISITANTE: <u>Dr. Káiler Gurgel</u> <small>Ortopedia e Traumatologia</small> <small>CRM: 11233 RQE 3301</small> </p>	
<p> CRM: _____ </p>	



 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA</p>	<p>PEDIDO DE EXAME</p>
<p>NOME: <u>Paula L. S.</u> MATRÍCULA: _____</p>	
<p>IDADE: <input type="text"/> ANOS</p>	<p>AMBULATÓRIO: <input type="checkbox"/> ENFERMARIA: <input type="checkbox"/></p>
<p>SEXO: <input type="text"/></p>	<p>SAU: <input type="checkbox"/> LEITO: <input type="checkbox"/></p>
<p>NATUREZA DO EXAME: <u>Exame Complementar</u> <u>Exame de Função (F) e (C)</u> <u>Verificar (V) e (C) Gestão</u></p>	
<p>INDICAÇÃO CLÍNICA: <u>Glaucoma</u></p>	
<p>DATA: <u>29/07/2020</u></p>	
<p>REQUISITANTE: <u>Dr. Kêllito Gurgel</u> Ortopedia e Traumatologia CRM: 6156</p>	





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Ao UATM

(ortopedico)

Requerido de
Dr. WANDER

Encaminho o paciente José Ailton
C. do Silva, 49 anos, vítima
de queda de moto na rua
Apresenta dor e limitação de
movimento em ombro (D) com
hematoma em prog
Realizado: ultrassom
Opinão: 50mg/ml im

Data: 29.03.2020

Dra. Marina Albuquerque
Assinatura e Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-0000 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ

T. Kennedy J. Pereira
SAME / ARQUIVO

mat. 150.343-0





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CHES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CHES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fratura simples proximal do
húmero direito.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

An. Acima C. f.

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

Ana + Exame físico + rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura simples proximal do
húmero direito

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura simples

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

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

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO


49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF


50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



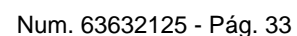
 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA		PEDIDO DE EXAME	
NOME: <u>for f. s.</u>		MATRÍCULA: _____	
IDADE <input type="text"/>	AMBULATÓRIO <input type="text"/>	ENFERMARIA <input type="text"/>	
SEXO <input type="text"/>	SAU <input type="text"/>	LEITO <input type="text"/>	
NATUREZA DO EXAME: <u>ECG.</u>			
INDICAÇÃO CLÍNICA: _____			
DATA: <u>27, 03, 2020.</u>		REQUISITANTE: <u>Dr. Kárlerte Gurgel</u> <small>Ortopedia e Traumatologia</small> <small>CRM: 11293-RDE 3301</small>	
		CRM: _____	

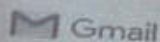


 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA		PEDIDO DE EXAME	
NOME: <u>Lucas</u>		MATRÍCULA: _____	
IDADE: <input type="text"/>	AMBULATÓRIO: <input type="checkbox"/>	ENFERMARIA: <input type="checkbox"/>	LEITO: <input type="checkbox"/>
SEXO: <input type="checkbox"/>	SAU: <input type="checkbox"/>		
NATUREZA DO EXAME: <u>Exame completo</u> <u>Exame de urina (EUA)</u> <u>Exame de sangue (ES)</u>			
INDICAÇÃO CLÍNICA: <u>Chicuri</u>			
DATA: <u>29/01/2020</u>		REQUISITANTE: <u>Dr. Kéiteto Gurgel</u> <u>Ortopedia e Traumatologia</u> <u>CRM: 14900 RCE 1301</u>	
CRM: _____		_____	



3315-4994/33





Regulação Mossoró <regulacaomossoro@gmail.com>

SOLICITAÇÃO DE CONSULTA DE AVALIAÇÃO: JOSÉ AILTON CACIANO DA SILVA

2 mensagens

Regulação Mossoró <regulacaomossoro@gmail.com>
Para: Ortopedia CER <ortopediasesapm@gmail.com>

15 de julho de 2020 15:38

BOA TARDE

Por gentileza, solicito avaliação cirúrgica para o seguinte paciente de alta complexidade:
JOSE AILTON CACIANO DA SILVA, CNIS 700906979076080, PACIENTE COM FRATURA ÚMERO PROXIMAL D, NECESSITA DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. SOLICITAÇÃO DO MÉDICO E DOCUMENTOS DO PACIENTE EM ANEXO.

TELEFONE DE CONTATO: 99132-2991

Agradeço e aguardo retorno,
Tatiana Ariana

Complexo Regulador do Oeste
Secretaria Municipal de Saúde - Mossoró
(84) 3316-2902 | 3315-4775

Livre de vírus: www.avast.com

CamScanner 07-15-2020 15:26:31.pdf
2928K

Ortopedia <ortopediasesapm@gmail.com>
Para: Regulação Mossoró <regulacaomossoro@gmail.com>

16 de julho de 2020 15:03

Boa tarde!!!

Informamos o agendamento da Avaliação de Ortopedia do paciente JOSE AILTON CACIANO DA SILVA, no HOSPITAL MEMORIAL, dia 03/08/2020 de 08:00h às 11:00h com DR. MARCOS por ordem de chegada. Devendo o familiar ou responsável entregar a documentação (LAUDO + RG, xerox de Comprovante de Residência, Cartão do SUS, RG com CPF) na Recepção e aguardar posteriormente a ligação do Hospital.

(Texto das mensagens anteriores omitido)

Atenciosamente,
Núcleo Estadual de Ortopedia - NOE
Central Metropolitana de Regulação CER/SESAP
Fone: 3209-5330





José Ailton Caviano da Silva

Laudo

Paciente portador de
sequela de fratura do
úmero proximal direito,
apresentando dor aos
movimentos. Perda
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: 6872





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

Jon Ailton Caciono do Silva

Laudos

Paciente sofreu acidente
de moto e fraturou
o úmero proximal
distal. Realizar
tratamento conservador
por 4 meses. Hoje encon-
tra-se com sequelas
permanente sem conseguir
elevar o ombro e
apresenta dor aos poucos
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 Caviano de Silva

Ortopedia - Cirurgia do ombro

- Sinal de fatura
do ombro proximal

Urgente!

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

16/08/2020



Jo SIREBI NIK

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da 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 <i>JOSE ALTON C. de Silva</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 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 trauma no membro D. R. Fr. unguis proximal</i>	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Indicada Cirurgia</i>	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx + Ec. físico</i>	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fr. unguis proximal</i>	24 - CID 10 PRINCIPAL <i>S42.2</i>
25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Osteossíntese de fr. unguis proximal</i>	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
29 - CLÍNICA <i>Ortopédica</i>	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
31 - DOCUMENTO () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Igo Walsko OLIVEIRA</i> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/RN 6429	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>10/09/2020</i>
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Igo Walsko OLIVEIRA</i> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/RN 6429	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
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 PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			

AUTORIZAÇÃO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR
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)
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Registado cl
Ao UATM Dr. MONORO
(ortopedico)

Encomendo o paciente José Ailton
C. do Silveira, 49 anos, vítima
de queda de moto na rua
Apresenta dor e limitação de
movimento em ombro D com
hematoma em brço
Realizado: ultrassom 25mg im
opirano 500mg 1ml im
snote

Data: 29/03/2020

Dra. Marina Albuquerque
Assinatura e Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (54) 3355-0048 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ

F. Kennedy
SANE / ARQUIVO

mat. 150.343-0



SUS Sistema Único de Saúde Ministério da 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 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD. EDE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - CNPJ EMPRESA

36 - CNAE DA EMPRESA

37 - SÉRIE

38 - CIBOR

39 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

40 - EMPREGADO

41 - EMPREGADOR

42 - AUTÔNOMO

43 - DESEMPREGADO

44 - APOSENTADO

45 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. EMISSÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR


49 - DOCUMENTO

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


51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - 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
<p> NOME: <u>for f. s.</u> MATRÍCULA: _____ </p>	
<p> IDADE <input type="text"/> AMBULATÓRIO <input type="checkbox"/> ENFERMARIA <input type="checkbox"/> SEXO <input type="text"/> SAU <input type="checkbox"/> LEITO <input type="checkbox"/> </p>	<p> NATUREZA DO EXAME: <u>ECG</u> </p>
INDICAÇÃO CLÍNICA:	
<p> DATA: <u>27, 33, 2020.</u> REQUISITANTE: <u>Dr. Káiler Gurgel</u> <small>Ortopedia e Traumatologia</small> <small>CRM: 11233 RQE 3301</small> </p>	
<p> CRM: _____ </p>	



 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA</p>		<p>PEDIDO DE EXAME</p>	
<p>NOME: <u>Lucas</u> MATRÍCULA: _____</p>		<p>ENFERMARIA <input type="checkbox"/></p> <p>LEITO <input type="checkbox"/></p>	
<p>IDADE <input type="checkbox"/></p> <p>SEXO <input type="checkbox"/></p>		<p>AMBULATÓRIO <input type="checkbox"/></p> <p>SAU <input type="checkbox"/></p>	
<p>NATUREZA DO EXAME: <u>Exame Complementar</u> <u>Exame de Urina (Exame de Urina)</u> <u>Exame de Urina (Exame de Urina)</u></p>			
<p>INDICAÇÃO CLÍNICA: <u>Glaucoma</u></p>			
<p>DATA: <u>29/07/2020</u></p>		<p>REQUISITANTE: <u>Dr. Kêllito Gurgel</u> <u>Ortopedia e Traumatologia</u> <u>CRM: 6156</u></p>	



Jo SIREBI NIK

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da 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 <i>JOSE ALTON C. DE SILVA</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 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 trauma no membro D. Rx. Fratura proximal</i>	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Indicada Cirurgia</i>	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx + Ex. físico</i>	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura proximal</i>	24 - CID 10 PRINCIPAL <i>S42.2</i>
25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Osteossíntese de fratura proximal</i>	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
29 - CLÍNICA <i>Ortopédica</i>	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
31 - DOCUMENTO () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Igo Walski OLIVEIRA</i> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/RN 6429	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>10/09/2020</i>
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Igo Walski OLIVEIRA</i> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/RN 6429	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	40 - Nº DO BILHETE
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	41 - SÉRIE
42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA
44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO	

AUTORIZAÇÃO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR
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)
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO



POLEGAR DIREITO



Jose Ailton C. Silva

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL
NOME
001.229.710

DATA DE EXPIRAÇÃO
11/07/2012

JOSE CACIANO DA SILVA
SUFERINA SILVA DA SILVA
FILIAÇÃO
NATURALIDADE

DOC. RAPOUNHA RN

DATA DE NASCIMENTO
14/07/1970

CERT. DE NASCIMENTO L-A 10 F-159 RG-4047
RAPOUNHA RN-1 CARTÓRIO

722.827.034-72

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

2a. VIA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
722.827.034-72

Nome
JOSE AILTON CACIANO DA SILVA

Nascimento
14/07/1970

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
756F.1DDF.E798.5F1E

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:28:25 do dia 10/07/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 04

9.8570-0593



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

JOSE AILTON CACIANO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Maria Luíza Gonçalves da Silva

