

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL, brasileiro, casada, do lar, Data do Acidente: 24/02/2019, Cobertura invalidez, portadora do RG 003.259.986, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 132.311.364-90, residente na Rua Major Gutemberg De Melo, 470, CEP: 59621-450, Mossoró/RN.

## OUTORGADO:

OUTORGADO: Dr. ABEL ICARO MOURA MAIA, brasileiro, Solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 12.240, Dr. TIAGO ABDON FELIX, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.022, Dr. URBANO GREGÓRIO DE LIMA JÚNIOR, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.776 e Dr. FRANCISCO DAS CHAGAS ARAÚJO, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 15.869, todos com endereço profissional na Rua Desembargador Dionísio Filgueira, nº 419, Centro, Mossoró/RN, onde recebe citações/intimações/notificações de estilo.

**OBJETO:** representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art.105 da Lei 13.105/2015.

Mossoró-RN, 05/04/2019



OUTORGANTE

Mossoró/RN: R. Desembargador Dionísio Filgueira, 419, CEP: 59610-090, Centro  
Mossoró/RN: Vila Maísa, 12240, CEP: 59649-899, Área Rural  
Serra do Mel/RN: R. Colono Severino Lazaro da Costa, 12, CEP: 59663-000, Vila Brasília

(84) 9.9482-4082  
(84) 9.9980-4244  
☎(84) 9.8773-3770  
abelmaiaadv@gmail.com



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL, brasileiro, casada, do lar, Data do Acidente: 24/02/2019, Cobertura invalidez, portadora do RG 003.259.986, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 132.311.364-90, residente na Rua Major Gutemberg De Melo, 470, CEP: 59621-450, Mossoró/RN.

Declaro, nos termos do artigo 98, da Lei nº 13.105/2015 – Novo Código de Processo Civil (NCPC), bem como do art. 790, § 3º, da CLT, não ter como arcar com o pagamento de custas e demais despesas processuais sem prejuízo de meu sustento, pelo que REQUEIRO os benefícios da justiça gratuita.

Por verdade, firmo o presente.

Mossoró-RN, 05/04/2019

  
DECLARANTE

Mossoró/RN: R. Desembargador Dionísio Figueira, 419, CEP: 59610-090, Centro

Mossoró/RN: Vila Maísa, 12240, CEP: 59649-899, Área Rural

Serra do Mel/RN: R. Colono Severino Lazaro da Costa, 12, CEP: 59663-000, Vila Brasília

(84) 9.9482-4082

(84) 9.9980-4244

☎ (84) 9.8773-3770

abelmaiaadv@gmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO-II




*Mariana Jordana da Silva Daniel*

SINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.259.986 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/04/2018

NOME MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL

EDICAÇÃO

NARA JUSSANARA DA SILVA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

MOSSORO RN 08/11/1996

CERT. DE CASAMENTO L-092 F-255 RG-24072

MOSSORO RN-4 CARTORIO

CPF 132.311.364-90

ASSINATURA DO DIRETOR

Josebas Ferreira do Nascimento

Diretor de II - ITER/RN

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
**132.311.364-90**

Nome  
**MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL**

Nascimento  
**08/11/1996**

CÓDIGO DE CONTROLE  
**A73E.3511.54B3.BA8F**



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 11:56:29 do dia 18/04/2018 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00  
**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**







COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE  
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000  
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055426-3  
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

EDUQUANDO O ATERIMENTO

PRE-REQUISITO: PRESENTAR TOME  
DE AGUA E ESGOTO  
LIGADO E SITUACAO DE AGUA E ESGOTO  
115  
115

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 08/10/2018 ÀS 09:32:48

MATRICULA:

MÊS / ANO

DADOS DO CLIENTE

4793732

10/2018

JOSE ADELINO PEREIRA  
RUA MAJOR GUTENBERG DE MELO, N. 470 - CEP 59621450  
- SANTO ANTONIO MOSSORO RN 59600-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
305.012.273.0044.000	13	2742	1
			RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO

HIDRÔMETRO SEM MEDIDOR	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL

CONSUMO ÁGUA (M3): 10  
DATA LEITURA:  
LEIT. ATUAL:  
LEIT. ANT.:  
DIAS CONSUMO:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
09/2018	10	07/2018	10	05/2018	10	10
08/2018	10	06/2018	10	04/2018	10	

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	39,99
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2018		0,79
FATURAS EM ATRASO		
REF 201805 41.16	REF 201808 41.78	
REF 201806 40.79		
REF 201807 41.77		

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	39,99	1.65	0,66
COFINS	39,99	7.6	3,04

VENCIMENTO: 18/10/2018 TOTAL A PAGAR: 40,78

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5.0 uT	6.0 a 9.5	% de Ausência	0.2 a 2.0 mg/L	≤ 10.0 mg/L
Valores Obtidos	1.02	8.13	100.0 %	0.83	--

82630000000 5 40780006305 6 00479373201 9 10201890003 9



MATRICULA  
4793732

MÊS / ANO  
10/2018

VENCIMENTO  
18/10/2018

TOTAL A PAGAR  
40,78



COMPROVANTE DA CAERN



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 17/06/2019 16:59:43

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061716583969300000043122023>

Número do documento: 19061716583969300000043122023





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007886/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/03/2019 11:36 Data/Hora Fim: 21/03/2019 11:52  
Delegado de Polícia: Valtair Camilo de Paiva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró  
Data/Hora do Fato: 24/02/2019 20:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)  
Logradouro: rua-aoem menescal

Bairro: Barrocas

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: Acidente Com Lesões	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Feminino Nasc: 08/11/1996  
Profissão: Do Lar  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Mara Jussara da Silva Nome do Pai: Nao Declarado

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 003.259.986

Endereço

Município: Mossoró - RN  
Logradouro: rua- major gutemberg de melo  
Bairro: barrocas  
Telefone: (84) 8725-7748 (Celular)

Nº: 470



AUTENTICAÇÃO

CERTIFICO que a presente cópia  
é reprodução fiel do original que n  
foi apresentado dou fé.

05 ABR 2019

☐ Luzinete B. de Mendonça Fernandes TAE  
☐ Roberto Alves C. Fernandes SUBSTITUI  
☐ Francisco Jose Maximiano SUBSTITUI  
☐ Luana Kariny Mendonça Fernandes SUBSTITUI  
☐ Pedro Ramon Mendonça Fernandes SUBSTITUI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa nnr8041	Renavam 284766283
Número do Chassi 9c2jc4110br443433	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor preta	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo honda cg125 fan
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Mariana Jordana da Silva Daniel	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

a declarante relata que seguia de garupa com seu marido, quando perderam o equilíbrio do transporte e a mesma caiu e teve



Delegado de Polícia Civil: Valtair Camilo de Paiva  
Impresso por: Regina Fátima Santos  
Data de Impressão: 21/03/2019 11:52  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 17/06/2019 16:59:43

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061716584485700000043122027

Número do documento: 19061716584485700000043122027

Num. 44600501 - Pág. 1



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007886/2019

lesões, porém seu companheiro nada teve, a mesma foi socorrida pela samu, a uma unidade de atendimento público, do qual nos apresentou prontuário, a declarante não deseja representar criminalmente, só deseja pleitear o seguro DPVAT. Nada mais disse.

ASSINATURAS

  
Regina Fátima Santos  
Responsável pelo Atendimento

  
Mariana Jordana da Silva Daniel  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



**AUTENTICAÇÃO**  
CERTIFICO que a presente cópia  
é reprodução fiel do original que me  
foi apresentado dou fé.

05 ABR. 2019

<input type="checkbox"/>	Luzinete B. de Mendonça Fernandes	TABEIA
<input type="checkbox"/>	Roberto Alves C. Fernandes	SUBSTITUTO
<input type="checkbox"/>	Francisco José Maximiano	SUBSTITUTO
<input checked="" type="checkbox"/>	Luana Kariny Mendonça Fernandes	SUBSTITUTO
<input type="checkbox"/>	Pedro Ramon Mendonça Fernandes	SUBSTITUTO



Delegado de Polícia Civil: Valtair Camilo de Paiva  
Impresso por: Regina Fátima Santos  
Data de Impressão: 21/03/2019 11:52  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 17/06/2019 16:59:43

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061716584485700000043122027>

Número do documento: 19061716584485700000043122027

Num. 44600501 - Pág. 2





**SAMU  
MOSSORÓ  
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró  
Secretaria Municipal da Saúde  
SAMU MOSSORÓ 192**

**DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 113**

Mossoró 22 de Março de 2019

Em resposta a solicitação do (a) Sr(a): **RAFAEL DANIEL DA SILVA, 30 anos.**

**RG: 002.587.597** passo a informar o que consta em nosso registro.

**Identificação da ocorrência: 43**

**Nome do Paciente: MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL, 22 anos.**

**Data: 24/02/2019**

**Local da ocorrência:** Rua: Aoem Menescal, Santa Helena.

**Viatura: BRAVO** – Unidade de Suporte Básico de Vida - 03

**Hora do Chamado: 21h: 30min.**

**Natureza da Ocorrência:** Queda de moto.

**Procedimento no Local:** Paciente, socorrido de acordo com os protocolos SAMU, encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.

**Silvania do Monte Santiago**  
Matrícula 58682-1  
Agente administrativo SAMU/Mossoró

**Dixon Fradik Medeiros Lima**  
Matrícula 405418-3  
Diretor do SAMU/ Mossoró



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 132.311.364-90 Nome completo da vítima: Mariana Jordana da Silva D.

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

Nome completo: Mariana Jordana da Silva Daniell CPF: 132.311.364-90  
Profissão: De lar Endereço: Rua Major Gutemberg de Melo Número: 470 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Santo Antonio Cidade: Maracó Estado: RN CEP: 59600-000  
E-mail: abelmaiaadv@gmail.com Tel.(DDD): (84)9.8773.3770

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 3064 CONTA: 00052958 2  
(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.

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data, \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Mariana Jordana da Silva Daniell  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 41368 /2019

Admissão: 24/02/2019 22:02:30

**CIRURGIA GERAL - VERDE**

**Paciente: 34477 - MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL (22 a 3 m 16 d)**

Nascimento: 08/11/1996

Natural: MOSSORO.BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 700008654293807

CPF: 13231136490

Prof:

Mãe: MARA JUSSANARA DA SILVA

Pai: NAO INFORMADO

Logradouro: MAJOR GUTENBERG DE MELO, 470

CEP: 59621450

Bairro: BARROCAS

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.987568539

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

\*Empresa:

OBS: samu mossoro

Classificação:

24/02/2019 21:59:50

PESO:

HORA	PA	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

**HISTÓRIA - EXAME FÍSICO**

**Queixas:** vítima de queda de moto com escoriações, dor em punho e cotovelo

Hora: \_\_\_\_\_

Vítima de queda de moto. Estava de capacete. Logo após a queda da consciência.

1: VA pérvia com coloração cervical - Sem cervicalgia

2: MM @, simétrico

3: deodinamicamente estável

4: GSC 15

5: Sem alterações.

ABD) flácido e indolor. Refere tontura e dor em MSD.

Diagn. Inicial:

CD: Ex. de trauma o braço @

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
ST 0,9% - 1000ml, EV			
Paracetamol NRC			
Fix. fechado do membro distal @. Manuseio preservado			
CD - todo o membro			
o membro p/ fto ungu.			
Francisco Rolison da Silva Costa Ortopedista e Traumatologista CREMER 26616/RECMEC 16399 RBO 16217			
Filipe C. L. de Medeiros Cirurgião Geral e Traumatologista CRM/RN - 7425			
		308010019	
		702.2	

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

CID

Proc.

Data:

/

/19.

Hr:

:

Médico:

\*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 24 de Fevereiro de 2019.

Carimbar)

Dr. Antonio Pinheiro  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM 1.181-RN



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 17/06/2019 16:59:46

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061716585727300000043122043

Número do documento: 19061716585727300000043122043





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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado

MARIA ALVES FERREIRA  
CLERSON S. JACIEL

foi examinado nesta Unidade às \_\_\_\_\_ horas, necessitando  
de 15 dias dias de afastamento do trabalho, a partir  
desta data. 16.6.19

DET. 11.1.19

CUBO RO 16.6.19  
LOCALIDADE E DATA

Dr. Manoel Fernandes de Silva  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
MÉDICO DO TRABALHO

CRM-RN 43390 MÉDICO E CARIMBO COM CRM

NOTA: Este atestado é válido para as finalidade previstas no Art. 86  
do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será  
expedido para justificatividade de 1 a 15 dias de afastamento do  
trabalho.





Prontuário: **206202**



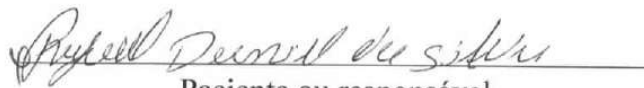
SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO  
RN  
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

### PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL** (Fia: 971/2019), CPF:13231136490.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 25 de Fevereiro de 2019.

  
Paciente ou responsável







Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
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			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		9 - SEXO	
		Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	
11 - NOME DA MÃE		10 - RAÇA/COR	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO	
		DDD Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - TELEFONE DE CONTATO	
		DDD Nº DO TELEFONE	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
		18 - UF	
		19 - CEP	

### JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Paciente de 51 anos, sexo masculino, com queixa de dor no abdômen @.			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Paciente de 51 anos			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Amenal + exame for + Rx			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	
		25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		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 VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	
38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	
40 - Nº DO BILHETE		41 - Nº DO BILHETE	
42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA	
44 - CBOR		45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA	
( ) EMPREGADO		( ) EMPREGADOR	
( ) AUTÔNOMO		( ) DESEMPREGADO	
( ) APOSENTADO		( ) NÃO SEGURADO	

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR	
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)	
52 - Nº 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: AMARAL JOSEANE DE SILVA APOLIO MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE

AMBULATÓRIO

ENFERMARIA

SEXO

SAU

LEITO

NATUREZA DO EXAME:

S.C.G. com RASCO CHAVE GIRA  
B.C.G. com RASCO LINGUAS.

INDICAÇÃO CLÍNICA:

DATA: 25/01/19

REQUISITANTE: Dr. G. M. G.

CRM: \_\_\_\_\_





HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 971 /2019

Prontuário: 206202

Paciente: 34477 - MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL

Cartão SUS: 700008654293807

CPF: 13231136490

Dt Nasc: 08/11/1996

Idade: 22 anos 3 meses 17 dias Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARA JUSSANARA DA SILVA

Nome do pai: NAO INFORMADO

Rua/Av: MAJOR GUTEMBERG DE MELO

Nº: 470

Complemento:

Bairro: BARROCAS

CEP: 59621450

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84 987568539 84 987568539

Especialidade: CLINICA MEDICA

Unidade: OBS FEMININA

Leito: 1. 49E

Responsável: MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL -

Usuário: JOSE MARIA DA SILVA

Admissão: 25/02/2019 07:11:18

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: T02.2 - FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO SUPERIOR  
308010019 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

MOSSORO, 25 de Fevereiro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 17/06/2019 16:59:46

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061716585727300000043122043>

Número do documento: 19061716585727300000043122043

Num. 44600519 - Pág. 7



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Nº de Cadastro / Prontuário \_\_\_\_\_

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Paciente: Mariane Jordana da Silva Samil  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( ) Ocupação: \_\_\_\_\_  
Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico: Art com fratura unco distal  
e unco da cingula co  
urgencia.  
Resultado dos Exames: \_\_\_\_\_  
Tratamento já realizado: \_\_\_\_\_  
Impressão: Dr. Rodrigo Jales Barreto  
Ortopedia e traumatologia  
Cir do Joelho  
CRM-OROT 11724  
CRM-PROFISSIONAL  
DATA: 28.02.19

AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade: CIRURGIA ORTOPÉDICA  
Consulta marcada para a unidade: \_\_\_\_\_ Município: MOSSORÓ  
Para o Dr. \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Horas do dia 1 / 1

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
PACIENTE: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: \_\_\_\_\_  
Resultado de Exames Realizados: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Conduta: \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_  
PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ DATA: 1 / 1

Garantida a continuidade da assistência integral ao paciente (Prontuário Nº \_\_\_\_\_)

Orienta-o para retornar a Unidade de origem \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_





Sistema Único de Saúde  
Ministério da 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			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		9 - SEXO	
		Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
10 - RAÇA/COR			
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO	
		DDD Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO	
		DDD Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO	
		18 - UF	
		19 - CEP	

### JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Análise de hematócrito, que dos e achado no coberto @, e enchimento físico do artero distal			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Acuidade de ang			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Análise + com fr + Ra			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Fator de risco arterial @	582-4		

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
No momento de internar o paciente @ Daniel		141013101210151417	
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
to	V	( ) CNS ( ) CPF	011191781151417411
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Robson Lobo		14/02/18	

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

39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	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 - CDD. 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)		
1/1			





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2 - CNES 2503689
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	4 - CNES 2503689

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL (8 - 971/2019)		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 206202	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 700008654293807	8 - DATA DE NASCIMENTO 08/11/1996	9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR PARDA
11 - NOME DA MÃE MARA JUSSANARA DA SILVA		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 84 987568539	10.1 - ETNIA
13 - NOME DO RESPONSÁVEL MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 84 987568539	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) MAJOR GUTENBERG DE MELO, 470 - BARROCAS			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MOSSORO	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 240800	18 - UF RN	19 - CEP 59621450

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Prontuário visual a ser visto  
visão com normalidade no exame  
21/05/19*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

*60 dias de internação*

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

*ECG normal*

**23 - DIAGNÓSTICO INICIAL**

24 - CID 10 PRINCIPAL T02.2	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
--------------------------------	------------------------	---------------------------

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPI		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 308010019
29 - CLÍNICA MED	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 2	31 - DOCUMENTO ( ) CNS (X) CPF
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE 13186183472		
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 25/02/2019	35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Antonio Pinheiro de A. Neto</i> ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR GINEY LINO DE OLIVEIRA	47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	48 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR 980016001835565	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	







Nome: MARTINA JOHANA DE SILVA <sup>Dentist,</sup> Leito: \_\_\_\_\_

## PRESCRIÇÃO





PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**MOSSORÓ**  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

## RECEITUÁRIO

P. Maurício P. Lima

lendo o médico

Paciente em acompanhamento  
clínico devido por op.  
ratório de prisma de  
cristal D.

Unidade 11/04/13.

Examinado para  
miopia.

Tempo estimado de tra-  
tamento: 4 meses.

U.D.: 5424

Data: 27/04/14

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3314-4831 - Mossoró - RN

Eduardo C. M. de  
Oliveira - Traumatologista  
CRM-BA 135



Atendimento	I018191
Data:	11/04/2019
Hora:	7:17

## BOLETIM DE ADMISSÃO

LARISSAC
L4

191841 - MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL

CASADO(A) - Sexo: FEMININO - 08/11/1996 - 22 A,5 M,3 D

CPF: 132.311.364-90

RG: 003259986

CNS: 700008654293807

Convênio: SUS

Leito: 202-08

Enfermaria: 202 - AP 202

Endereço: RUA MAJOR GUTEMBERG DE MELO, N° 470 - CEP: 59600010

Bairro: BARROCAS

Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORO/RN

Profissão: DO LAR

Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Pai:

Mãe: MARA JUSSANARA DA SILVA

Naturalidade: MOSSORO

Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: MARIA NEUZA SOUZA

Procedimento Solicitado: 0408020385-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA S - S40 - TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO

Diagnostico Definitivo:

Acomodação:

Médico: 6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

Carteira:

Validade: 30/12/1899

Autorização:

Senha:

Guia:

### Resultado

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido:

### História Clínica

ALTA - 32/04

Diagnóstico Provável

Dr. Guilherme Garcia Magalhães  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 0197 / 2607 (2015)

EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

RESPONSÁVEL



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 17/06/2019 16:59:46

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061716585727300000043122043>

Número do documento: 19061716585727300000043122043

Num. 44600519 - Pág. 13



HOSPITAL  
WILSON ROSADO

Idade: 22A Data: 11/04/19  
Convênio: SUS

## Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: Artroscopia Fratura Vértice Patelar em T  
2. Cirurgia Secundária: \_\_\_\_\_  
3. Cirurgião: Dr. Eduardo Medeiros CRM: 6439  
1º Auxiliar: Dr. Guilherme Nogueira CRM: 8187  
2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
Enfermeiro(a): Carmona COREN: Carmona Janyra de L. Oliveira  
4. Anestesista: Dr. Edilson CRM: 5000  
5. Instrumentador: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

6. Tecido removidos: ☒ Não ☐ Sim Especificar: \_\_\_\_\_  
7. Anátomo Patológico: ☒ Não ☐ Sim  
Laudo: ☐ Maligno ☐ Benigno Dr.: \_\_\_\_\_  
8. Classificação da Cirurgia: ☒ Limpa ☐ Potencialmente contaminada  
☐ Contaminada ☐ Infectada  
9. Contaminação Intra-operatória: ☒ Não ☐ Sim  
10. Programação: ☐ Efetiva ☒ Urgência ☐ Emergência  
11. Trauma: ☐ Não ☒ Sim Data: 11/04/2019 Hora: \_\_\_\_\_  
12. Infecção atual em outro Sistema: ☒ Não ☐ Sim Tipo: \_\_\_\_\_  
13. Drenos: ☒ Não ☐ Sim Tipo: \_\_\_\_\_  
14. Prótese (s): ☒ Não ☐ Sim Tipo: \_\_\_\_\_  
15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso

Assinatura Cirurgião: \_\_\_\_\_

Dr. Guilherme Garcia Baggio  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 8187 / TESP 13541

CRM: \_\_\_\_\_

Data: 11/04/19

Para anestesia local, informar:

Hora do Início do procedimento: 09:35 Hora do término do procedimento: 12:00





longueza permanente em desfecho lateral; Início próximo para cateter 'universal'  
+ Jam, divisa por pluma, isolamento de Nervos ulnar; Montagem de  
fratura em + pinos lateral após colocação e desbridamento de grande quantidade  
fibra. Fissado com 2 fcs H 2,0; Montagem de placa reconstrução em  
parte medial 08 furos e fissado proximal com 07 parafusos corticais e  
distal 03 parafusos corticais; Montagem placa reconstrução 06 furos lateral  
e fissado com 02 parafusos proximais, 02 distais; Fissado T com parafusos  
de traves; Limpa cava com SFCD; Enqur final redução adequada,  
Resaca do Hemorrida; Sutura por pluma; A.R.A.

Dr. Guilherme Garcia Nigolin  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 187.5187 / TEOT 13541





OPERAÇÃO REALIZADA <i>Instrumentos cirurgicos</i>			
INÍCIO <i>09:15h</i>	TERMINO <i>12:50</i>	DURAÇÃO	<div> <div>ROTINA</div> <div>EMERGÊNCIA</div> <div>EXTRA</div> </div>

ETCO,										OBSERVAÇÕES										
HORA																				
A	07:15										afetativo 23									
G	Sala										Aspirador 23									
E											Deixar na									
N											zona B									
T											Fornalha									
S											Peróxido 40g									

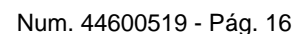
CÓDIGO		ANESTESIA X		220	
OPERAÇÃO		200			
INTUBAÇÃO X ENDOTRAQUEAL		180			
		160			
PRES. SISTOL.		140			
PRES. DISTOL.		120			
PULSO.		100			
		80			
RESP. ASSIST.		60			
RESP. EXPONT.		40			
RESP. CONTR.		20			
OBSERVAÇÕES					
BALANCEADA		SEDACÃO			

TÉCNICA ANEST. GERAL: (X) INALATÓRIA: ( ) ENDOVENOSA: ( ) BALANCEADA: (X) SEDAÇÃO: ( )  
ANEST. REGIONAL: ( ) RAQUIDIANA: ( ) PERIDURAL: ( ) OUTROS: ( )

AGENTES EMPREGADOS

Dr. Edson do Silveira Junior  
Anestesiologista  
CRM - RJ 8.000  
R. Pass. 150/4

ACORDADO SIM ☒ NÃO ☐ SALA DE RECUPERAÇÃO SIM ☒ NÃO ☐ CONDIÇÕES B ☒ R ☐ M ☐ P ☐ ÓBITO





HOSPITAL  
WILSON ROSADO

# EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Marcos Vinícius Silva Santos Idade: 22 ANOS  
Reg. Geral: 191841 Convênio: SUS Unidade/Leito: 220-2  
Clínica: 12550-03 Data: 11/04/19

## Evolução Médica

# Por do antecâmara do Forame Único Distal em T com acambramento S/callor

CP: ATB; Analges; Curativos; Procambr

## Prescrição Médica

## Aprazamento

- ① Dole 100 mg
- ② SF 0,9% 500ml @ 6/6h
- ③ Depiron 1g + 9ml ABD @ 6/6h 10:00
- ④ Tramadol 50mg/ml > @ 8/8h 13:50
- 100ml SF.
- ⑤ Cefalexina 1g + 9ml ABD @ 6/6h 10:00
- ⑥ Mamedron 1amp @ 8/8h 10:00
- ⑦ Curat local
- ⑧ SBUV + CCL

18V 2V 06V  
16V 2V 04V (90)  
16V 2V 04V  
22V 06V  
16V 2V 04V  
SN  
OK  
ROSTINA

Dr. Guilherme Garcia Mello  
CRM/MT 87713541  
Ortopedia e Traumatologia

Medicação administrada por:

M

T

N



F. do Colégio Estadual Força Unida Brasil

S/presen

F. EP: Conty em bom estado. Neurovascular sem alterações.

M. A.T.S.; Análise; Conty; As parâmetros

Prescrição Médica

Aprazamento

Dr. Hospital

Dr. Guilherme Garcia Rigolin  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 8187 / TEOT 13541

Medicação administrada por:

M

T

N







WILSON ROSADO

Paciente: Marciano Jordens da Silva Damião Idade: 22 Registro: 191844  
Setor: 1 Médico: Dr. Guilherme Enferm./Leito: CC

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
11/04/19	07:00	Admitido paciente neste setor hospitalar proveniente de sua residência, deambulando, verbalizando, em ambiente, sem queixas no momento, nega DM, H.A.S. e alergia medicamentosa, segue aos cuidados da equipe - 11-	Marcos Alexandre 12215387 Reg. Enf. COREN/RN
11/04/19	09:08	(Paciente) Digo Paciente transferido P.S.O.	
11/04	09:10	Paciente incluído na 30, posição: rede monitorizada segue os	
	09:15	Início da anestesia geral, paciente entubada por Dr. Edilson, paciente segue aos cuidados	Juliana do Amaral de Souza COREN-RN 1.081.313-TE
	09:35	Início do procedimento cirúrgico por Dr. Eduardo e Dr. Guilherme, paciente segue aos cuidados	Juliana do Amaral de Souza COREN-RN 1.081.313-TE
11/04	12:00	Término do procedimento sem intercorrência, paciente extubado, retorna ao CRO, sob efeito anestésico, com curativo em F.O. AVP em MSE, segue aos cuidados da equipe, segue em obs.	Juliana do Amaral de Souza COREN-RN 1.081.313-TE
11/04	12:50	Paciente retorna ao CRO, término da anestesia segue aos cuidados	Juliana do Amaral de Souza COREN-RN 1.081.313-TE
11/04	13:00	Pacientes em no CRO provenientes do S.O. em mesa, cu o membro de per. equipe de Dr. Vanciga e é orientada, respirando O <sub>2</sub> ambiente AVP, dióxido por SUP, ficar em obs.	Marcos Alexandre 12215387 Reg. Enf. COREN/RN
	13:50	Administrado 1 amp de tramal no S.O. 100 ml.	Gizeane Maria da S. Lima COREN-RN 1.247.166-TEC
11.04.19	15:00	Pacientes transferidos do CRO p/ o posto 2 em mesa, monitoriza pós-operatório, encaminhado	



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 17/06/2019 16:59:46

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061716585727300000043122043>

Número do documento: 19061716585727300000043122043

Num. 44600519 - Pág. 19



WILSON ROSADO

Paciente: Marciano Jordens da Silva Damião Idade: 22 Registro: 191844  
 Setor: 1 Médico: Dr. Guilherme Enferm./Leito: CC

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
11/04/19	07:00	Admitido paciente neste setor hospitalar proveniente de sua residência, deambulando, verbalizando, em ambiente, sem queixas no momento, nega DM, H.A.S. e alergia medicamentosa, segue aos cuidados da equipe - 11-	Marcos Alexandre 12215387 Reg. Enf. COREN/RN
11/04/19	09:08	(Paciente) Digo Paciente transferido P.S.O.	
11/04	09:10	Paciente incluído na 30, posição: rede monitorizada segue os	
	09:15	Início da anestesia geral, paciente entubada por Dr. Edilson, paciente segue aos cuidados	Juliana do Amaral de Souza COREN-RN 1.081.313-TE
	09:35	Início do procedimento cirúrgico por Dr. Eduardo e Dr. Guilherme, paciente segue aos ds	Juliana do Amaral de Souza COREN-RN 1.081.313-TE
11/04	12:00	Término do procedimento sem intercorrência, paciente extubado, retorna ao CRO, sob efeito anestésico, com curativo em F.O. AVP em MSE, segue aos cuidados da equipe, segue em ds.	Juliana do Amaral de Souza COREN-RN 1.081.313-TE
11/04	12:50	Paciente retorna ao CRO, término da anestesia segue aos ds.	Juliana do Amaral de Souza COREN-RN 1.081.313-TE
11/04	13:00	Pacientes ps no CRO provenientes do S.O. em mesa, cu o membro de pes da equipe de S.O. Vanciga é o brigada, respirando O <sub>2</sub> ambiente AVP, dióxido por SUP, ficar em ds.	Marcos Alexandre 12215387 Reg. Enf. COREN/RN
	13:50	Administrado 1 amp de tramal no S.O. 100 ml.	Gizeane Maria da S. Lima COREN-RN 1.247.166-TEC
11.04.19	15:00	Pacete transferido do CRO p/o porta 2m mesa, monitoriza pós-operatório, consciente	



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 17/06/2019 16:59:46

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061716585727300000043122043>

Número do documento: 19061716585727300000043122043

Num. 44600519 - Pág. 20





## PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Clinica:

Enf.: 220

Leito: 02

Cuidados Especiais:

[illegible]

Visto Enfermeiro









CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
**HOSPITAL WILSON ROSADO**  
PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Tel: (84) 3318-9000

Page 1 of 1

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

**191 - MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL**

da internação: 11/04/2019 - 07:17:00

Sexo: F

Idade: 22 A,5 M,3 D

venio: SUS



a: ORTOPEdia CIRÚRGICA Leito: 220-02

2019

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

00	RECEBEMOS A PACIENTE PROVENIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO VINDO EM MACA ACOMPANHADA POR MAQUEIRO E FAMILIAR. QUADRO CLÍNICO: PÓS-OPERATÓRIO EM ORTOPEdia, INCISÃO CIRÚRGICA NO MSD COM CURATIVO LIMPO. EVOLUI ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADA, COMUNICATIVA, NORMOCORADA EM O2 AMBIENTE E DIETA POR VO. ACESSO VENOSO PERIFÉRICO NO MSE VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO SF 0,9% E TERAPIA MEDICAMENTOSA. EUPNEICA, NORMOTENSA, NORMOCARDICA, AFEBRIL E SPO2= 98%. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS, DIURESE PRESENTE PORÉM EVACUAÇÃO AUSENTE S/C. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. - PA:120x90 TAX: 36,00% F.C.:77 F.R.: 20 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 98 FI O2: 21 Ventilação: AMB Decúbito:	ANTONIO FRANCISCO FERNANDES	 ANTONIO FRANCISCO FERNANDES Rec. Enfermagem Ass. RN 6046172
01	PACIENTE FOI MEDICADA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. 01 AMP DIPIRONA 500 MG/ML - 02 ML E 01 FA/AMP CEFALOTINA 1 G AMBAS + ABD VIA EV. EM SEGUIDA, INICIADA A 1ª ETAPA DA HIDRATAÇÃO SF 0,9% 500 ML VIA EV. - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 FI O2: 0 Ventilação: Decúbito:	ANTONIO FRANCISCO FERNANDES	 ANTONIO FRANCISCO FERNANDES Rec. Enfermagem Ass. RN 6046172

DIODIAGNÓSTICO LTDA

MOSSORO/RN

35.650.324/0001-50

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data impresso: 11/04/2019

191 - MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL

da internação: 11/04/2019 - 07:17:00

Sexo: F

Idade: 22 A, 5 M, 3 D

Vênio: SUS

Local: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 220-02

4/2019

PA Temp FC FR Glicemia

Assinatura

00 PACIENTE NESTE SETOR HOSPITALAR (POSTO 2, 2º ANDAR), PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: FRATURA DE UMEROS. SEXO FEMININO, 22 ANOS. RECEBO CONSCIENTE, ORIENTADA EM TEMPO E ESPAÇO, EM AMBIENTE 21%.

COMUNICATIVA, ACEITANDO DIETA POR VIA ORAL. AOS SSV: NORMOCÁRDICA, NORMOTENSA, PULSO RÍTMICO, AFEBRIL, EUPNEICA (SPO2: 97%), ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO:

COURO CABELUDO RÍGIDO, PELE SECA, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES. MUCOSAS OCULAR E ORAL CORADAS.

APARELHO RESPIRATÓRIO: TÓRAX SIMÉTRICO, COM BOA EXPANSÃO BILATERAL, AP: MV + SEM PRESENÇA DE RA. SISTEMA CARDIOCIRCULATÓRIO: AC: RCR EM 2T, BNF S/S. SISTEMA GASTRO INTESTINAL: ABDOME FLÁCIDO + INDOLORE A

PALPAÇÃO. SIC: ELIMINAÇÕES VESICAIS PRESENTES, AGUARDA EVACUAÇÃO. COM AVP COM MSD VIABILIZANDO HV + TM.

SEGUIR AOS CUIDADOS DA EQUIPE PLANTONISTA.

MAYSA MAYRAN  
CHAVES  
MOREIRA

Maysa Mayran  
Enfermagem  
COREN 400.534



ODIAGNÓSTICO LTDA  
5.650.324/0001-50  
ROR/N

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1

Data impresso: 11/04/2019

1 - MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL

Interação: 11/04/2019 - 07:17:00 Sexo: F Idade: 22 A, 5 M, 3 D

io: SUS

ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 220-02

Profissional

Assinatura

2019

Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, FI. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: , Decúbito:  
ADMINISTRADO SF0,9% 500ML EV + 1AMP DIPIRONA 1G + 9ML ABD EV + 1FRA CEFALOTINA 1G + 9ML ABD EV C.P.M

MICHELEPFS

Michèle Jordana da Silva  
Técnica de Enfermagem  
COREN: 1193102

Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, FI. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: , Decúbito:

ADMINISTRADO 1AMP TRAMAL 50MG + 100ML SF0,9% EV C.P.M  
REALIZADO CURATIVO EM FO.

MICHELEPFS

Michèle Jordana da Silva  
Técnica de Enfermagem  
COREN: 1193102

2019

Pa.: 11/09/20, Temp.: 36, FC.: 77, FR.: 20, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 96, FI. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: , Decúbito:  
RECEBEMOS A PACIENTE QUADRO CLÍNICO: POS-OPERATÓRIO EM ORTOPEDIA, INCISÃO CIRÚRGICA NO MSD COM CURATIVO LIMPO.  
EVOLUI ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADA, COMUNICATIVA, NORMOCORADA EM O<sub>2</sub> AMBIENTE E DIETA POR VO. ACESSO VENOSO  
PERIFÉRICO NO MSE VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO SF 0,9% E TERAPIA MEDICAMENTOSA, EUPNEICA, NORMOCARDICA,  
AFEBRIL, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS, DIURESE PRESENTE PORÉM EVACUAÇÃO AUSENTE SIC. COM CURATIVO EM MSD OCLUIDO E  
EXTERNAMENTE LIMPO. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

MICHELEPFS

Michèle Jordana da Silva  
Técnica de Enfermagem  
COREN: 1193102

Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, FI. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: , Decúbito:  
ADMINISTRADO SF0,9% 500ML O EV + 1AMP DIPIRONA 1G + 9ML ABD EV + 1AMP TRAMAL 50MG + 100ML SF0,9% EV + 1FRA CEFALOTINA 1G +  
9ML ABD EV C.P.M

MICHELEPFS

Michèle Jordana da Silva  
Técnica de Enfermagem  
COREN: 1193102



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Tel.: (84) 3318-9000

HOSPITAL  
WILSON ROSADO

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

1 - MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL

internação: 11/04/2019 - 07:17:00

Sexo: F

Idade: 22 A,5 M,3 D

Unidade: SUS

ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 220-02

Anotação		Técnico(a)	Assinatura
19	RETIRADO AVP RECEBE ALTA HOSPITALAR. - PA: TAX: 0,008 F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 0 FI O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decbito:	CYCILIA MOURA DA SILVEIRA	<i>Cycilia Moura da Silva</i> Téc. em Enfermagem DOENÇA: 1727/52







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190343479

Vítima: MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ABEL ICARO MOURA MAIA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14371488



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
<b>DETRAN - RN</b> CERTIFICADO DE REGISTRO, E DCLCENCIAMENTO DE VEICULO		<b>Nº 01370312529</b> EXERCÍCIO 2018	
VIA 2 COD. RENAVAM 00284766283	ANO DE FABRICAÇÃO 2011 ANO DE LICENCIAMENTO 2018	MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS PLACA ANT/UF NNR8041/RN	
132.311.364-90 NNR8041/RN		9C20C4110BN43433 NNR8041	
PASSAGEIRO/MOTOCICLISTA/MNO APPLICAVE GASOLINA		COMBUSTÍVEL	
MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS CAP/POT/OL	CATEGORIA PARTICULAR VENC. COTA ÚNICA 05/03/2018	ANO FABR 2011 ANO LIC 2011	COT. ÚNICA 05/03/2018 VENC. COTAS 1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO
P R A 002844 2x	PREÇO TARIFARIO (R\$) 05/03/2018 TAXAS DETRAN: PAGO DPVAT: PAGO	OBSERVAÇÕES	
NOTAS: JC4121B44313 NÃO VÁLID PARA TRANSPERENCIA			
MOSORO/RN DATA 24/04/2018			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS - PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUAS CARGAS, APESOA		TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT	
<b>RN Nº 013703125291</b> <b>BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>		<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT</b> <b>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO</b> <b>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b> <b>www.seguradoralider.com.br</b> <b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b>	
VIA 2 RENAVAM 00284766283 ANO FAB 2011 PLACA NNR8041	CPF / CNPJ 132.311.364-90 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS Nº CHASSI 9C20C4110BN43433	EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 24/04/2018	PLACA NNR8041
<b>PRÊMIO TARIFARIO</b> PMS (R\$) DENAT/RN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)		<b>CUSTO DO BILHETE (R\$)</b> QF (R\$)	
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> CNPJ 09.248.608/0001-04		<b>PAGAMENTO</b> <input type="checkbox"/> PARCELADO <input type="checkbox"/> DATA DE QUITAÇÃO	



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró  
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

Processo nº: 0810124-24.2019.8.20.5106

AUTOR: MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

### **DESPACHO**

Vistos etc.

Analisando os autos consta-se que a parte autora ajuizou a presente ação sem aguardar o resultado do requerimento administrativo ou, ao menos, o prazo de 30 dias informado pela seguradora para análise do pedido.

Em que pese a desnecessidade de esgotamento da via administrativa, imprescindível se faz a ciência do resultado do requerimento, porquanto o interesse de agir nasce da necessidade de ir a juízo, quando a parte não consegue receber na via administrativa a indenização securitária pretendida.

Assim, em observância aos artigos 319 e 320 do CPC, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, emendar a inicial, comprovando a recusa ou deferimento do pedido de indenização pela via administrativa, considerando entendimento consolidado por parte do Supremo Tribunal Federal, nos recursos extraordinários de números 839.314/MA e 839.347/MA. Ou ainda, requerer o que entender de direito, no mesmo prazo.

Decorrido o prazo, com ou sem manifestação da parte, retornem os autos conclusos para apreciação.

Int. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 18 de junho de 2019.

**UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES**



Juíza de Direito  
(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)





SEGUE PETIÇÃO DE JUNTADA E DOCUMENTOS EM APENSO:



AO JUÍZO DA QUINTA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORÓ - RIO GRANDE DO NORTE.

Ref. Processo de nº 0810124-24.2019.8.20.5106.



MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL, já devidamente qualificada nos autos em epígrafe, vem, por meio de seu advogado infra-assinado, respeitosamente, satisfazendo o requerimento do despacho retro, requerer a juntada da NEGATIVA da Seguradora Ré, face ao pedido administrativo realizado pela autora do autor a fim de comprovar sua recusa, vejamos abaixo a recusa do pedido administrativo.

**SINISTRO 3190343479** - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME  
**BENEFICIÁRIO** MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL  
**CPF/CNPJ:** 13231136490

**Posição em 01-07-2019 14:39:50**  
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

**Histórico das correspondências enviadas**

Data da Carta	Referência	Ver Carta
01/06/2019	Vítima em tratamento	
29/05/2019	Aviso de Sinistro	

Faço votos de estima.

Mossoró, 01 de julho de 2019.

**ABEL ICARO MOURA MAIA**  
**OAB/RN 12.240**

Mossoró/RN: R. Desembargador Dionísio Filgueira, 419, CEP: 59610-090, Centro  
Mossoró/RN: Vila Maísa, 12240, CEP: 59649-899, Área Rural  
Serra do Mel/RN: R. Colono Severino Lazaro da Costa, 12, CEP: 59663-000, Vila Brasília

(84) 9.9482-4082  
(84) 9.9980-4244  
☎ (84) 9.8773-3770  
abelmaiaadv@gmail.com





(1)



Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPRESSATRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3190343479 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGURO

BENEFICIÁRIO MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL

CPF/CNPJ: 13231136490

Posição em 01-07-2019 14:39:50

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
01/06/2019	Vítima em tratamento	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/f2wEOtbZ+UxGIWEgBr1z5wapi_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bd__zH0LsHd332__EjkiEAVDYM=)
29/05/2019	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/wO7SKGv9F7rsv0Bd9tX__wAapi_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bd__zH0LsHd332__EjkiEAVDYM=)

## Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&amp;ls=1&amp;mt=8)



(https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)

## ACESSIBILIDADE

ww.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido=13231136490&amp;sinistroConsultaPe... 1/3



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 01/07/2019 16:21:46

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070116210335500000043952219

Número do documento: 19070116210335500000043952219

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)  
Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)  
Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)  
Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)  
Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx)

## ACOMPANHE O PROCESSO



[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](#)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(https://http://ksp.furukawa.jp/entry/2017/03/24/16%3C%ADder-dpvat)

## Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

## Dúvidas e Respostas

- › [A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](#)
- › [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](#)
- › [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)
- › [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)
- › [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](#)
- › [Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](#)

## Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)
- › Consumidor.gov (<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

ww.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido=13231136490&sinistroConsultaPe... 2/3





7/1/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190343479

Vítima: MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ABEL ICARO MOURA MAIA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00545/00546 - carta\_07 - INVALIDEZ

00070273



Carta nº 14391650



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 01/07/2019 16:21:47

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070116211397000000043952228>

Número do documento: 19070116211397000000043952228

Num. 45451515 - Pág. 1



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria Unificada Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carinaubeiras, 355, 4º andar, Presidente Costa e Silva

Mossoró-RN CEP 59625-410

**Processo nº:** 0810124-24.2019.8.20.5106

**Ação:** PROCEDIMENTO COMUM (7)

**Parte Autora:** MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL

**Parte Ré:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**CERTIDÃO**

Certifico que a petição ID45451444 foi apresentada tempestivamente.

O referido é verdade; dou fé.

Mossoró/RN, 22 de agosto de 2019

FRANCISCO GILVAN SILVA

Chefe de Secretaria



**CONCLUSÃO**

NESTA DATA, faço conclusão destes autos.

Mossoró/RN, 22 de agosto de 2019

FRANCISCO GILVAN SILVA

Chefe de Secretaria







PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró  
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo nº: 0810124-24.2019.8.20.5106

AUTOR: MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**DESPACHO**

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida (CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo de 15 (quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz (CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público.

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 27 de agosto de 2019.

**UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES**

JUÍZA DE DIREITO

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró  
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo nº: 0810124-24.2019.8.20.5106

AUTOR: MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

### DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida (CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo de 15 (quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz (CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público.

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 27 de agosto de 2019.

**UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES**

JUÍZA DE DIREITO

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)