

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 iudicia 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

Mariana Jordana da Silva Daniel

OUTORGANTE



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 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



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 17/06/2019 16:59:42
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061716583365200000043122016>
Número do documento: 19061716583365200000043122016

Num. 44600488 - Pág. 2



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	003.259.986	DATA DE EXPEDIÇÃO	18/04/2018
NAME	MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL		
PLACAR/	MARA JUSSANARA DA SILVA		
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
MOSSORÓ RN		08/11/1996	
DOC. ORIGEM		CERT. DE CASAMENTO L-092 F-255 RG-24072	
CPF		MOSSORÓ RN-4 CARTÓRIO	
132.311.364-90		Assinatura de José das Ferreiras do Nascimento	
		Diretor do II - ITEP/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



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=19061716583969300000043122023>
Número do documento: 19061716583969300000043122023

Num. 44600496 - Pág. 2



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tiro, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-38 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO
FAX: 2305-7032 / 2305-1397
CEP: 59015-000 - RN - 10000-000
115
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 08/10/2018 AS 09:32:48

MATRÍCULA: 4793732 MÊS / ANO: 10/2018

DADOS DO CLIENTE

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

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

HIDRÔMETRO SEW 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	MÉDIA
09/2018	10	07/2018	10	05/2018	10	10
08/2018	10	06/2018	10	04/2018	10	

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 M ³	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	Nitrito (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



MATRÍCULA: 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.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061716583969300000043122023>
Número do documento: 19061716583969300000043122023

Num. 44600496 - Pág. 3





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA 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



EN VOLVIDO(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

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Rua Santos Dumont, 10 Centro
Mossoró-RN Fone: (84)3317-4278

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

05 ABR. 2019

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

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa nrr8041	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





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007886/2019

Ilesões, 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 338-Denúncia 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
Luzinete B. de Mendonça Fernandes TABELA
Roberto Alves C. Fernandes SUBSTITUTO
Francisco José Maximiano SUBSTITUTO
Luana Kariny Mendonça Fernandes SUBSTITUTO
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.tjrn.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.

Silvana 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:	Nome completo da vítima:		
	132.311.364-90	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 Daniel		CPF: 132.311.364-90		
Profissão: Do lar	Endereço: Rua Major Ottemberg de Melo	Número: 470	Complemento:	
Bairro: Santo Antônio	Cidade: Mossoró	Estado: RN	CEP: 59600-000	Tel.(DDD): (84) 9.8773-3770
E-mail: abelmaiaadv@gmail.com				

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (231)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3064** CONTA: **00052958** **2**

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(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):

<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
<input type="checkbox"/> 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: Vivos: Falecidos: 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 Daniel
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.





SEMAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 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: MOSSORÓ.BRASIL Sexo: F Cor: PARDA
CNS: 700008654293807 CPF: 13231136490 Prof:
Mãe: MARA JUSSANARA DA SILVA Pai: NAO INFORMADO
Logradouro: MAJOR GUTEMBERG DE MELO, 470
CEP: 59621450 Bairro: BARROCAS Cidade: MOSSORÓ
Telefone: 84.987568539 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS: samu mossoro		Classificação:		PESO:					
HORA	P.A.	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. Nega minutos ou perda da consciência.
1: V/A perna com lesão cervical - Seu cervical
2: Mm (0), simétrico
3: Fisicamente instável
4: GSC 15
5: Seu abdômen.

ABD) flácido e indolor. Repõe lentamente e dor em MSD.

Diagn. Inicial:

CD: Rx torax e braço (0)

PRESCRIÇÃO: <i>to oftalmologista</i> <i>Parecer NRC</i>	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
st 0,9% - 1000 ml, 80			
<i>Ex ferido do inchaço digital (0) - Muito comum</i>	Filipe U. L. Medeiros, Ortopedista e Traumatologista CRM/RN-7425		
<i>CD - todo exsanguinado</i>			
<i>Intervento pr fta ungu.</i>			
<i>Francisco Rollon da Silva Costa Ortopedista e Traumatologista CRM/RN-16352 TEBOT 16217</i>			
	308010019		
	702.2		

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () 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 de Souza Neto
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 1.181-RN*





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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado

Abel Icaro Moura Maia

foi examinado nesta Unidade às _____ horas, necessitando
de — (cinco) dias dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data. SLG

16.6.19

16.6.19

LOCALIDADE E DATA

Dr. Manoel Fernandes da Silveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO DO TRABALHO
CRM-ASSINADO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

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



Prontuário: **206202**



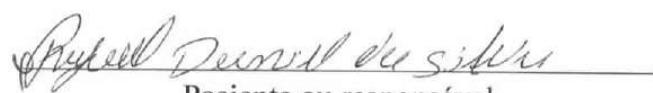
SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

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





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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: MARINA JOSANA DA SILVA DANIEL
Leito:

DATA	EVOLUÇÃO
25.02.13.	FONHURA 2102150 INFERIOR VINDO 210160
	7819 ALIMENTARIA + 180160000 ESCAMAS GORDURA PELAS

PRESCRIÇÃO





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				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE <i>Jordane de Sáio Daniel</i>					
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 <input type="text"/> N° DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
				17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF
					19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO		
<p>Pátria de 60 anos, após dias de calmo no círculo ①.</p> <p>Existe forte arrependimento</p>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	<p>Maneira de ser</p>		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	<p>Analise + exame fígado + Rx</p>		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		AUTORIZAÇÃO		47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> 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: MARSDAN VIEIRAS DE SANTOS MATRÍCULA: _____

IDADE: _____

AMBULATÓRIO: _____

ENFERMARIA: _____

SEXO: _____

SAU: _____

LEITO: _____

NATUREZA DO EXAME:

*E.S.G. com Risco de morte.
E.G. com Risco de morte.*

INDICAÇÃO CLÍNICA:

DATA: 25/06/19

REQUISITANTE: ABEL ICARO MOURA MAIA

CRM: 16585



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:

CEP: 59621450

Cidade: MOSSORÓ

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 MÚLTIPAS DE UM MEMBRO SUPERIOR
308010019 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

MOSSORÓ, 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:

Paciente:

Endereço:

Idade: _____ Sexo: M () F () Ocupação: _____

Nome do Responsável: _____

Município:

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico:

Resultado dos Exames:

Tratamento já realizado:

Impressão: *Dr. Rômulo Sales Barreto*
Ortopedia e Traumatologia
Cir. do Joelho
CRM-RN 00011724
CRM-PROFISSIONAL

28/02/19

DATA

AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade:

CIRURGIA ORTOPEDICA

Consulta marcada para a unidade:

Município: *Mossoró*

Para o Dr. _____ às _____ Horas do dia / /

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada: _____ Município: _____

PACIENTE: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico:

Resultado de Exames Realizados:

Diagnóstico:

Conduta:

Observações:

PROFISSIONAL

DATA

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

Oriente-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		
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
		9 - SEXO
		Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> Nº DO TELEFONE <input type="text"/>
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> Nº DO TELEFONE <input type="text"/>
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF <input type="text"/> 19 - CEP <input type="text"/>

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

— 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Audiente de trânsito, opus dos e saíres no rebelo. ①
Re enchedores fétidos do anverso distel.

— 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	<i>M�undoch ch my</i>		
— 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	<i>Manusc + com fr + Rx</i>		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<i>Enfase m\'stica ast\'fica (0)</i>	<i>S92-9</i>		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
<i>Hoje nesse dia houve visita</i>		9191018101210151417	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
<i>to</i>		<i>U.</i>	
31 - DOCUMENTO		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
<input checked="" type="checkbox"/> CNS		<input checked="" type="checkbox"/> CPF 0117917811514184	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
<i>Rodrigo Lobo</i>		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº BICRISTAL DO CONSELHO)	
		<i>14/102/18</i>	

• PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE		41 - SÉRIE	
<input type="checkbox"/> () ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	<input type="checkbox"/> () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA					
<input type="checkbox"/> () EMPREGADO	<input type="checkbox"/> () EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> () AUTONÔMO	<input type="checkbox"/> () DESEMPREGADO	<input type="checkbox"/> () APOSENTADO	<input type="checkbox"/> () NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		AUTORIZAÇÃO	47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR	52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
/ /				



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			
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA		2503689			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES			
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA		2503689			
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO			
MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL (8 - 971/2019)		206202			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RACA/COR	10.1 - ETNIA
700008654293807		08/11/1996	Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	PARDA	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO			
MARA JUSSANARA DA SILVA		DDD 84 N° DO TELEFONE 987568539			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO			
MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL		DDD 84 N° DO TELEFONE 987568539			
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)					
MAJOR GUTEMBERG DE MELO, 470 - BARROCAS					
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP	
MOSSORÓ		240800	RN	59621450	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
<p style="text-align: center;">Presentes visivelmente alterados</p> <p style="text-align: center;">Sintomas com parada de 10 dias</p> <p style="text-align: center;">Cintura</p>					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO					
<p style="text-align: center;">Grau de movimento limitado</p> <p style="text-align: center;">Ela finge a dor</p>					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)					
<p style="text-align: center;">Exames a res</p>					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.	
RATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO SUPERIOR		T02.2			
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPI 308010019					
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE	
MED		2	() CNS (X) CPF	13186183472	
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO		25/02/2019		 ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)					
- () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - N° 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		47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	52 - N° AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
GINEY LINO DE OLIVEIRA					
48 - DOCUMENTO		49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
(X) CNS () CPF		980016001835565			
- DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)			





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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: MARCONI JORDANA DE SIlVA Leito:

DATA	EVOLUÇÃO
25-02-19.	Pátrula náftase inferior úmido gelado
	7812 0510681441 + 5011680280 Esquemas Bandeirantes

PRESCRIÇÃO





RECEITUÁRIO

Plurianos Pedra

lardo Andrade

Paciente encarcerado
náhemto da cide pós op.
ratomia de protina do
esterno D.

Até dia 11/04/19

Examinado para
gastroscopia

Tempo estimado de es-
tamento: 4 horas.

CD: 5424

Data: 27/04/19

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone/Fax (84) 3314-4821 - Mossoró - RN

Eduardo C. J. Traumatolog
Cirurgião e Endocrinolog
CRM-64351



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

BOLETIM DE ADMISSÃO

LARISSAC
L 4

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 - MOSSORÓ/RN		Profissão: DO LAR	Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA		
Pai:		Mãe: MARA JUSSANARA DA SILVA			
Naturalidade: MOSSORÓ		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 BRAÇO					
Diagnóstico Definitivo:		Acomodação:			
		Médico: 6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS			
Carteira:	Resultado				
Validade: 30/12/1899	<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	-48 Horas
Autorização:	<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	+48 Horas
Senha:	<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	
Guia:	<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina	
Transferido: _____					

História Clínica

AVIA - 32/04

Diagnóstico Provável

Dr. Guilherme Garcia Bigolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 0007 / CRUT 1229

Mariana Jordana da Silva
RESPONSÁVEL

EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS





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

Relatório de Cirurgia

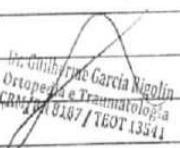
1. Cirurgia Principal:	<u>Intervenção Fisiológica Vínculo Dental em T</u>		
2. Cirurgia Secundária:			
3. Cirurgião:	<u>Dr. Eduardo Medeiros</u>	CRM:	<u>6439</u>
1º Auxiliar:	<u>Dr. Guilherme Rigoletto</u>	CRM:	<u>8187</u>
2º Auxiliar:		CRM:	
Enfermeiro(a):	<u>Cláudia</u>	COREN:	<u>Carmem Japarateira de L. Oliveira</u> Enfermeira COREN/RN 349 180
4. Anestesista:	<u>Dr. Edilson</u>	CRM:	<u>5000</u>
5. Instrumentador:		COREN:	

6. Tecido removidos:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Especificar:
7. Anátomo Patológico:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
8. Classificação da Cirurgia:	<input checked="" type="checkbox"/> Limpa	<input type="checkbox"/> Contaminada	<input type="checkbox"/> Potencialmente contaminada
9. Contaminação Intra-operatória:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
10. Programação:	<input type="checkbox"/> Efetiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência	<input type="checkbox"/> Emergência
11. Trauma:	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Data: <u>11/04/19</u> Hora: _____
12. Infecção atual em outro Sistema:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Tipo: _____
13. Drenos:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Tipo: _____
14. Prótese (s):	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Tipo: _____
15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso			

Assinatura Cirurgião:	<u>Dr. Guilherme Garcia Rigoletto</u>	CRM:
Data:	<u>11/04/19</u>	
Para anestesia local, informar:	<u>09 : 35</u>	
Hora do inicio do procedimento:	<u>09 : 35</u>	Hora do término do procedimento: <u>12 : 00</u>



longitudinal proximamente em desvio lateral; 1º furação profunda para cotovelo 'universal' + furação direta por plumb, isolamento do Nervo ulnar; Montagem de placa em + paralelo lateral após colooclise e desbridamento de grande quantidade de fibra; furação com 2 fios 11 e 2,0; Montagem de placa de reconstrução em paralelo medial 08 furos + furação proximal com 07 parafusos (distal e distal 03 parafusos contínuos); Montagem placa de reconstrução 06 furos lateral e furação com 02 parafusos proximais; 02 distais; Furação T com parafuso de thorax; limpeza copos com SF(BP); Escova final redonda adequadamente; Remoção de Hemostáticos; Suturar por plumbos; A.R.A.


Dr. Guilherme Garcia Nigolin
Ortopedista e Traumatologista
CRM-SP 0187 / TEC0713541





EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Vanuara Jordana Ilha Danni Idade: 22 ANOS
 Reg. Geral: 191841 Convênio: GUS Unidade/Leito: 220-2
 Clínica: PGSO - 03 Data: 11/04/19

Evolução Médica

A Parte Anterior da Faringe Vérme Destr. em T com abscess.
Procedimento S/abscess

CP: A78; Analgés; Cremes; Fracionar

Prescrição Médica	Aprazamento
① Delt <u>0</u> 1m	<u>18/28 06/06</u>
② S.F. 0/5, 500ml <u>0</u> 6/6h	<u>16/22 04/06</u>
③ Dipiron <u>1g</u> + 9ml ABD <u>0</u> 6/6h <u>10:00</u>	<u>16/22 04/06</u>
④ Tamadol <u>500mg</u> > <u>0</u> 8/8h, 13:50	<u>22/06/06</u>
+ 100mg S.F.	
⑤ Cefalotina <u>1g</u> + 9ml ABD <u>0</u> 6/6h <u>10:00</u>	<u>16/22 04/06</u>
⑥ Nambutol 1amp <u>0</u> 8/8h, a noite <u>10:00</u>	<u>SN</u>
⑦ Crem local	<u>on</u>
⑧ SSVV + C66	<u>NO/NA</u>

Dr. Gualberto da Cunha Maia
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RN 0187 / TCRN 13541

Medicação administrada por:

M

T

N



Find Billboard Fresh Uns Pub

31 p.m.

Ep: Early sun born ended. Newsvannian now older

D. A.Y.S.; Andover, Mass.; As-purchased

Prescrição Médica	Aprazamento
<p>At. Hospital</p> <p>Dr. Guilherme Garcia Rigolin Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 8187 / TEOF 13541</p> <p><i>(Handwritten prescription text in Portuguese, including: "Rx: 200 mg I.v. a.f. analgésico (1)", "Rx: 200 mg I.v. a.f. analgésico (2)", and "Rx: 200 mg I.v. a.f. analgésico (3)". There is also a faint circular stamp at the bottom right.)</i></p>	

Medicação administrada por:

Medicação administrada por:	T	N
M		



 WILSON ROSADO

Paciente: Mariânia Fendene da Silveira Donill Idade: 22 Registro: 191841
 Setor: 1 Médico: Dr. Giseleme Enferm./Leito: CC

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
11/04/19	07:00	Admito paciente neta sala hospitalar provisória de sua residência, desabrigado, verbalizando, em es ambiente, sem quieto no momento, nege D.M., H.A.S. e alergia medicamentosa, segue aos cuidados da equipe - 11- (Paciente) Digo paciente transferido P/S.O. / /	Marcos Alexandre 12215387-06-Enf. COREN-RN
11/04/19	09:08	Paciente (Paciente) Digo paciente transferido P/S.O. / /	
11/04	09:10	Paciente encidido na S.O. posição rada, monitorizada segue obs -	
	09:15	Início da anestesia geral paciente enlutada 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. Giseleme, paciente segue aos obs -	Juliana do Amaral de Souza COREN-RN 1.081.313-TE
11/04	12:00	Termino do procedimento sem intercorrência, paciente extubado, retorna ao CRG, sob efeito anestésico, com curatue em F.O. APP 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 CRG, termino da anestesia segue aos obs -	Juliana do Amaral de Souza COREN-RN 1.081.313-TE
11/04	13:00	Após p/ no CRG proveniente da S.O. em movea, com impedito de por equipe de obs conciliar e orientar, respirando O2 ambiente APP, diverso por SUD, gicer em obs -	Juliana do Amaral de Souza COREN-RN 1.081.313-TE
	13:50	Administrando 1amp de tramadol no SUD 10ml. - x - x	Marcos Alexandre Set. 2019 COREN-RN
11.04.19	15:00	Volti transferida da C.R.G p/ o ponto 2dm maior, monitorize pós operatório, enciudi	Gizeane Maria da S. Lima COREN-RN 1.247.166-TEC




WILSON ROSADO

Paciente: Mariânia Fendene da Silveira Donill Idade: 22 Registro: 191841
 Setor: 1 Médico: Dr. Giseleme Enferm./Leito: CC

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
11/04/19	07:00	Admito paciente neta sala hospitalar provisória de sua residência, desorientado, verbalizando, em es ambiente, sem quites no momento, nega D.M, H.A.S. e alergia medicamentosa, segue aos cuidados da equipe - 11- (Paciente) Digo paciente transferido P/S.O.	Marcos Alexandre 12215387-06-Enf. COREN-RN
11/04/19	09:08	Paciente transferido	
11/04	09:10	Paciente encidido na S.O. posição neta, monitorizada segue obs	
	09:15	Início da anestesia geral paciente enlutada 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. Giseleme, paciente segue aos obs	Juliana do Amaral de Souza COREN-RN 1.081.313-TE
11/04	12:00	Termino do procedimento sem intercorrência, paciente extubado, retorna ao CRG, sob efeito anestésico, com curatue em F.O. APP 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 CRG, termino da anestesia segue aos obs	Juliana do Amaral de Souza COREN-RN 1.081.313-TE
11/04	13:00	Após p/ no CRG proveniente da S.O. em movea, desimportando por equipe de obs consciente e orientada, respirando O2 ambiente APP, diverso por SUD, gicar em obs	Juliana do Amaral de Souza COREN-RN 1.081.313-TE
	13:50	Administrado 1amp de tramadol no SUD 10ml.	Marcos Alexandre Set. 2019 COREN-RN
11.04.19	15:00	Volta transferida da C.R.G p/ o ponto 2dm menor, monitorize pós operatório, enciudado	Gizeane Maria da S. Lima COREN-RN 1.247.166-TEC





Paciente: Miranda Jordana Enf: 220 Leito: 02
Clínica: _____
Cuidados Especiais: _____

Visto Enfermeiro



Conforme preceito da medicina, fonoaudiologia
é proibido na f.c. na compreensão de magia
e magia e fofinheiros e seguem com obediência
e respeito, respeito com autoridade.

Gizeane Maria da S. Lima
COREN-RN 1.247.166-TEC





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

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
 Remetente: SUS
 a: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 220-02

2019

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

OK	<p>RECEBEMOS A PACIENTE PROVENIENTE DO CENTRO CIRURGICO VINDO EM MACA ACOMPANHADA POR MAQUEIRO E FAMILIAR. QUADRO CLÍNICO: PÓS-OPERATÓRIO EM ORTOPÉDIA, 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, NORMOBESTA, NORMOCARDICA, AFFBRIL E SPO2= 98%. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS, DIURESE PRESENTE PORÉM EVACUAÇÃO AUSENTE SIC. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. - PA:120X80 TAX: 36,009 F.C.:77 F.R.: 20 Glicemia: 0 PVC: 0</p> <p>PAM: 0 Sat: O²: 98 Fi O²: 21 Ventilação: AMB Decubito:</p> <p>X 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 1^a ETAPA DA HIDRATAÇÃO SF 0,9% 500 ML VIA EV. - PA: TAX: 0,009 F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat: O²: 0 Fi O²: 0 Ventilação: Decúbito:</p>	ANTONIO FRANCISCO FERNANDES	 <small>Antônio Francisco Fernandes ABEL. E enfermeiro MARIANA ROSADO 172</small>
----	--	-----------------------------	---



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
vênio: SUS

Sexo: F

Idade: 22 A, 5 M, 3 D

:a: ORTOPEDIA CIRURGICA Leito: 220-02

4/2019 PA Temp FC FR Glicemia

00 PACIENTE NESTE SETOR HOSPITALAR (POSTO 2, 2º ANDAR), PÓS-PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: FRATURA DE UMERO. SEXO FEMININO, 22 ANOS, RECEBE CONSCIENTE, ORIENTADA EM TEMPO E ESPAÇO, EM AR AMBIENTE 21%, COMUNICATIVA, ACEITANDO DIETA POR VIA ORAL, AOS SSW: NORMOCÁRDICA, NÓRMOTENSA, PULSO RÍTMICO, AFEBRIL, EUPNEICA (SPO2: 97%), ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2s. AO EXAME CLÍNICO: COURRO CABELUDO RÍGIDO, PELE SECA, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES, MUCOSAS OCULAR E ORAL CORADAS. APARTELHO RESPIRATÓRIO: TÓRAX SIMÉTRICO, COM BOA EXPANSÃO BILATERAL, AP: MV + SEM PRESENÇA DE RA. SISTEMA CARDIOCIRCULATORIO: AC: RCR EM 27, BNP 5S. SISTEMA GASTRO INTESTINAL: ABDOME FLÁCIDO + INDOLORA. PALPAÇÃO SIC: ELIMINAÇÕES VESICAS PRESENTES, AGUARDA EVACUAÇÃO. COM AVP COM MSD VIABILIZANDO HV + TM. SEGURO AOS CUIDADOS DA EQUIPE PLANTONISTA.

MAYSA MAYRAN
CHAVES

Wagen
Möbel

EMERSON
COREN INC.

Assinatura



ODIAGNÓSTICO LTDA
5.650.324/0001-50
RO/RN

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

11 - MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL

Data impresso: 11/04/2019

Page 1 of 1

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

Id: SUS

ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Leito: 220-02

Profissional

Assinatura

Pa: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat: O²: 0, Fi: O²: 0, Ventilação: , Decubito: ,
ADMINISTRADO 1AMP TRAMAL 50MG + 100ML SF0,9% EV + 1AMP DIPIRONA 1G + 9ML ABD EV + 1FRA CEFALOTINA 1G + 9ML ABD EV C.P.M

MICHELEPFS

Michele

Profici

do Silv

o

Pa: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat: O²: 0, Fi: O²: 0, Ventilação: , Decubito: ,
ADMINISTRADO 1AMP TRAMAL 50MG + 100ML SF0,9% EV C.P.M



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO

HOSPITAL
WILSON ROSADO
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel.: (84) 3318-9000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1 - MARIANA JORDANA DA SILVA DANIEL

Internação: 11/04/2019 - 07:17:00

Sexo: F

Idade: 22 A,5 M,3 D

1º: SUS

ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Leito: 220-02

19 Anotação

Técnico(a)	Assinatura
CYCILLA MOURA DA SILVEIRA <i>Cicilia Moura da Silveira</i>	

RETIRADO AVP RECEBE ALTA HOSPITALAR. - PA: TAX: 0,009 F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O₂: 0 Fi O₂: 0 Ventilação: Decúbito:

dores na barriga
1227/652



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, 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14371488

Pag. 00519/00520 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 17/06/2019 16:59:49
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061716590593600000043122056>
Número do documento: 19061716590593600000043122056

Num. 44600532 - Pág. 1



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carnaubeiras, 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



Assinado eletronicamente por: UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES - 18/06/2019 12:18:39
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061812183859000000043223957>
Número do documento: 19061812183859000000043223957

Num. 44703595 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES - 18/06/2019 12:18:39
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061812183859000000043223957>
Número do documento: 19061812183859000000043223957

Num. 44703595 - Pág. 2

SEGUE PETIÇÃO DE JUNTADA E DOCUMENTOS EM APENSO:



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 01/07/2019 16:21:45
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070116214545100000043952161>
Número do documento: 19070116214545100000043952161

Num. 45451444 - Pág. 1

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

(84) 9.9482-4082

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

(84) 9.9980-4244

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

(84) 9.8773-3770

abelmaiaadv@gmail.com





()



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE 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 ao prazo 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 SEGUIMENTO

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&ls=1&mt=8>)



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

ACESSIBILIDADE

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



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 01/07/2019 16:21:46
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070116210335500000043952219>
 Número do documento: 19070116210335500000043952219

Num. 45451505 - Pág. 1



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A 0

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-Efetuados.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://www.seguradoralider.com.br/Processo/Indenizacao/IndenizacaoOficial/)
 %C3%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)



7/1/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

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

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



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

Num. 45451505 - Pág. 3



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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14391650

Pag. 00545/00546 - carta_07 - INVALIDEZ



00070273



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 Carnaúbeiras, 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



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO GILVAN SILVA - 22/08/2019 22:54:25
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082222542562600000046494993>
Número do documento: 19082222542562600000046494993

Num. 48078582 - Pág. 1

CONCLUSÃO

NESTA DATA, faço conclusão destes autos.

Mossoró/RN, 22 de agosto de 2019

FRANCISCO GILVAN SILVA

Chefe de Secretaria



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO GILVAN SILVA - 22/08/2019 22:54:25
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082222542562600000046494993>
Número do documento: 19082222542562600000046494993

Num. 48078582 - Pág. 2



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carnaubeiras, 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 Carnaubeiras, 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)