



Número: **0803159-30.2019.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **26/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO DA SILVA CARNEIRO (AUTOR)	LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39771 626	26/02/2019 10:46	JOAO DA SILVA CARNEIRO-part 1	Documento de Comprovação
39771 691	26/02/2019 10:46	JOAO DA SILVA CARNEIRO-part 2	Documento de Comprovação
39771 750	26/02/2019 10:46	Outros.Docs.Medicos-part 1	Documento de Comprovação
39771 798	26/02/2019 10:46	Outros.Docs.Medicos-part 2	Documento de Comprovação
39771 883	26/02/2019 10:46	PROCESSO ADM	Requerimento Administrativo

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - 30%

CONTRATANTE: João da Silva Carneiro, brasileiro, estado civil Solteiro, profissão motorista, inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF) sob o n.º 308.004.554-87, portador(a) do RG n.º 000.526.124, residente e domiciliado(a) R. Felipe Camarão, 3444, Aeroporto, Mossoró/RN, Telefones: _____.

CONTRATADO: Nome: Leonardo Mike Silva Pereira, brasileiro(a) estado civil: Solteiro, Profissão: advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 10.615, com endereço profissional à rua Desembargador Dionísio Filgueira n.º 419, bairro Centro, município: Mossoró / RN.

AS PARTES ACIMA IDENTIFICADAS TÊM, ENTRE SI, COMO JUSTO E CONTRATADO O PRESENTE CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, QUE SE REGERÁ PELAS CLÁUSULAS SEGUINTESE PELAS CONDIÇÕES DESCritAS NO PRESENTE.

I - DO OBJETO DO CONTRATO E DA RESPONSABILIDADE

Cláusula 1º. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios, para a propositura de **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**.

a) A RESPONSABILIDADE SOBRE A VERACIDADE DOS DOCUMENTOS FORNECIDOS AO CONTRATADO PARA QUE ESTE REALIZE TODOS OS ATOS ATINENTES A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS, É INTEIRA E EXCLUSIVAMENTE DO(A) CONTRATANTE.

II - DAS ATIVIDADES

Cláusula 2º. As atividades inclusas na prestação de serviço objeto deste instrumento, são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

b) Praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados ou dos Municípios, bem como órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares.
c) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os especificados no Instrumento Procuratório.

III - DAS DESPESAS

Cláusula 3º. As custas processuais e extrajudiciais que se fizerem necessárias ao ajuizamento da ação e ao recebimento do crédito, tais como custas do processo junto à Justiça Federal (1% - um por cento - do valor requerido) e/ou junto à Justiça Estadual (valor apurado conforme Tabela de Custas Judiciais); custas de reconhecimento de firma nos documentos necessários e autenticações quando estas se fizerem necessárias; custas de perícia contábil necessária ao cálculo do crédito; custas de oficial de justiça, etc., serão suportadas exclusivamente pelo(a) **CONTRATANTE**.

IV - DOS HONORÁRIOS

Cláusula 5º. O(A) CONTRATANTE, em caso de êxito na ação, obriga-se a pagar, a título de prestação de serviço, o valor correspondente ao percentual de **30% (trinta por cento)** sobre efetivo proveito econômico proveniente da Ação.

Cláusula 6º. Havendo acordo entre o(a) **CONTRATANTE** e a parte **CONTRÁRIA**, não prejudicará o recebimento dos honorários contratados e da sucumbência, devendo ser contabilizado em face do efetivo proveito econômico ou êxito financeiro do **CONTRATANTE**, conforme exemplo supra.

Cláusula 7º. Os honorários de sucumbência pertencem ao **CONTRATADO**.

Cláusula 8º. As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários, serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês.

V - DA COBRANÇA

Cláusula 9º. As partes acordam que facultará ao **CONTRATADO**, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

VI - DA RESCISÃO

Cláusula 10º. Agindo o(a) **CONTRATANTE** de forma dolosa ou culposa em face do **CONTRATADO**, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas as obrigações.

Cláusula 11º. Fica estabelecido que em caso de **REVOGAÇÃO** infundada do instrumento procuratório, por parte do(a) **CONTRATANTE**, será devido ao **CONTRATADO** a título de honorários, por assessoria e consultoria jurídica, o mesmo percentual estipulado na cláusula 5º do presente contrato.

Cláusula 12º. Em caso de **DESISTÊNCIA** da ação, por parte do(a) **CONTRATANTE**, será devido ao **CONTRATADO** a título de honorários, por assessoria e consultoria jurídica, o percentual de 20% (dez por cento) do valor da ação.

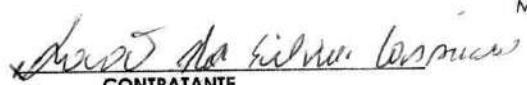
Parágrafo Primeiro. O(A) **CONTRATANTE** deverá ainda, em caso de **DESISTÊNCIA**, ressarcir todas as despesas que o **CONTRATADO** obteve tais como: custas processuais e despesas com análise financeira.

VII - DO FORO

Cláusula 13º. Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do **CONTRATO**, as partes elegem o foro da comarca de Mossoró/RN;

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

Mossoró/RN, ____ de ____ de 20 ____.



CONTRATANTE _____
CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

1) _____
RG: _____
CPF: _____
2) _____
RG: _____
CPF: _____

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu João da Silva Carneiro, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, profissão: motorista, portador(a) do RG
000526.124, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 308.004.554-87, residente
no(a) R. Felipe Camarão nº 3444,
bairro: Aeroporto, município: Mossoró, RN
declarar que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o
pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família,
por isso requeiro os benefícios da assistência judiciária gratuita, nos termos do art. 5º, LXXIV, da
Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Mossoró/RN, 24/01/2019

Local e Data

João da Silva Carneiro

Assinatura do Outorgante

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: João da Silva Carneiro, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro Profissão: motorista, portadora(a) do RG
000.526.124, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 308.004.559-87, residente
no(a) R. Felipe Camarão, nº 3444
bairro: Aeroporto, município: Mossoró, RN.

OUTORGADO:

Nome: Leonardo Mike Silva Pereira, brasileiro(a)
estado civil: Solteiro Profissão: advogado, inscrito na OAB/RN sob o
número 10.615, com endereço profissional à rua
Desembargador Dionísio Filgueira, nº 419,
bairro Centro, município: Mossoró, RN.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado, para o fim especial de agir judicialmente e administrativamente, promovendo quaisquer medidas judiciais e administrativas necessárias a garantia dos direitos e interesses do(a) outorgante, propondo as ações que julgar convenientes, defende-lo(a) nas que porventura por ele lhe sejam propostas, para o que lhe confere os mais amplos e ilimitados poderes da cláusula "ad judicia et extra" para o fórum em geral, podendo ainda seu dito advogado transigir, confessar, desistir, fazer acordos, endossar cheques, retirar alvarás e oferecer todos os recursos em direito admitidos, em qualquer instância ou foro, receber e dar quitação, firmar compromisso, bem como substabelecer com ou sem reserva e ainda, requerer os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da Lei 1.060/50 e 7.115/93. Deixando estipulado neste documento, contrato de risco com o Outorgante que, em caso de êxito, serão pagos a título de honorários advocatícios 30 % (trinta por cento) do valor recuperado. Em caso de pagamento de custas pelo Outorgado os valores serão descontados do êxito e reembolsados pelo Outorgante.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Mossoró/RN, 24/01/2019
Local e Data

João da Silva Carneiro
Assinatura do Outorgante

TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE O FORNECIMENTO DE DOCUMENTOS

Eu João da Silva Carneiro, brasileiro(a),
estado civil: só Heiro, profissão: motorista, portador(a) do RG
000.526.124, órgão expedidor SSP/RN e do CPF 308.004.554-87, residente
nº(a) R. Felipe Camarão, nº 3444,
bairro: Aeroporto, município: Mossoró, RN,
CEP: _____, telefone: _____

declaro, sob as penas da Lei, que todos os documentos fornecidos ao advogado por mim
constituído para me representar na Ação de Cobrança do Seguro DPVAT, tais como, **documentos
pessoais, declarações, Boletim de Ocorrência, documentos médicos, etc.**, são verdadeiros, e
me comprometo a responder por todos e quaisquer fatos atinentes aos mesmos na forma da
Lei.

Mossoró, RN, 24 de Janeiro de 2014.

João da Silva Carneiro

Assinatura



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome João 01 Sete
 Carvalho
 Loc. Nasc Porto Data 20.06.62
 Est. PR
 Filiado Antônio Carvalho
 Carolina Almeida
 Filhos 02 Menos
 Est. Civil Brasileiro Doc. N° 2-895
 Fls 201 Liv. 03 Reg. Civil an
 Outro doc.
 Situação Militar: Doc.
 N° Órgão Est
 Naturalizado Dec. N° Em / /

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
Doc. Ident. N° Exp. em / /
Estado
Obs *(Assinatura)*

Data Emissão 16.11.90 PRT

~~Assinatura do Funcionário~~

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome .....	.....
.....
Nome .....	.....
.....
Nome .....	.....
.....
Doc. .....	.....
.....
Nome .....	.....
.....
Doc. .....	.....
.....
Est. Civil .....	.....
.....
Doc. .....	.....
.....
Est. Civil .....	.....
.....
Doc. .....	.....
.....
Nascimento .....	.....
.....
Doc. .....	.....
.....

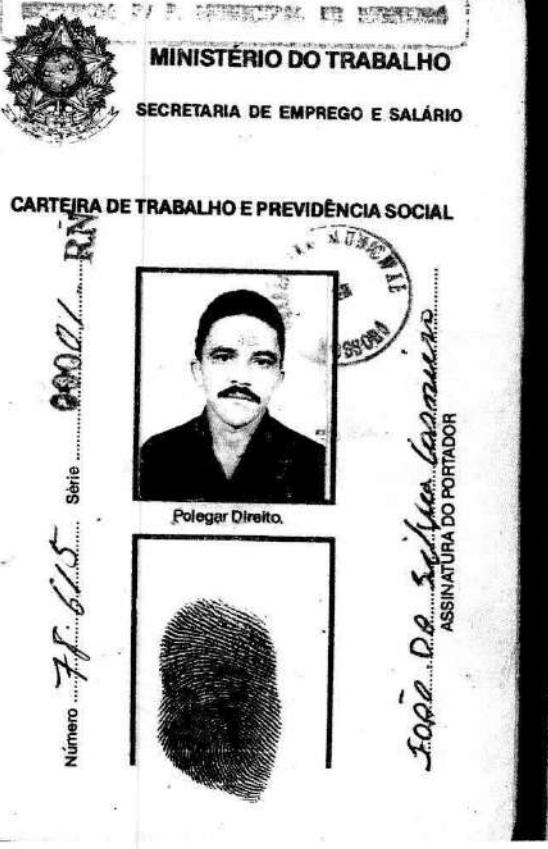
MENSAGEM DO SENHOR MINISTRO

Criada em 1932, a Carteira de Trabalho e Previdência Social resistiu ao passar dos anos, assimilando com muita presteza as profundas modificações que se registraram, nestas décadas, na composição, distribuição e qualificação da nossa força de trabalho.

Sem nenhum exagero, pode-se afirmar que este documento, por muitos ainda hoje conhecido como "carteira profissional", converteu-se num dos mais importantes instrumentos à disposição do trabalhador, fazendo às vezes de cédula de identidade, título de crédito, atestado de antecedentes, de boa conduta e de residência, para citar apenas algumas das suas múltiplas utilidades.

Em sua simplicidade, a CTPS reflete a carreira do trabalhador e sua evolução profissional. Cabe-lhe pois, protegê-la atenta e cuidadosamente, porque enquanto pelos seus aspectos exteriores essa Carteira revela traços importantes da personalidade e da formação do seu possuidor, os registros internos, habitualmente insubstituíveis, se constituem nas melhores garantias da preservação e da efetivação dos seus direitos trabalhistas e previdenciários.

Almir Pazzianotto Pinto



ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

O presente contrato é de 45 dias, findo os quais, se não houver manifestações de vontade das partes, fica o mesmo aforado, prorrogado por mais 45 dias e findo as manifestações.

06 de FEVEREIRO de 2005

Construtora Elos Eng. Ltda.
CONSTRUTORA ELOS ENG[®] LTD.

O portador desta CTPS, faz jus a 30% de adicional de periculosidade enquanto persistir em área de risco que o justifique.

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA
<https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=1902261040190370000038471217>
Número do documento: 1902261040190370000038471217



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 0401918

1 - LOCAL E DATA

Local RUA Antônio Vieira de Sá Bairro Aeroporto I
Cidade/UF Mossoró P. Ref. ANTRM
Data 29/04/2018 Hora do acidente 20:30 HS Hora do registro 23:45 HS Dia da semana SEGUNDA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento - Atropelamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01

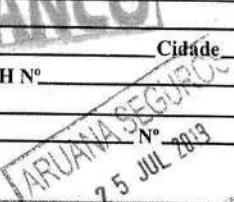
Placa ou Chassi QGC-3505 Cidade Mossoró UF RN
 Marca/Mod. SUINERAY 150 Cor PRETA Ano 2013/2014
 Proprietário JORGE DA SILVA CARVALHO Nº de Ocupantes 1
 Condutor JORGE DA SILVA CARVALHO Data de Nasc. 1/1
 Endereço RUA ANTÔNIO FELIPE CARVALHO Nº 3445 Fone 993103143
 Bairro Aeroporto I Cidade Mossoró UF RN
 CPF N° 338.009.554-87 CNH N° _____ Validação 1/1 Categoria _____
 Local de Trabalho _____ Fone 993103143
 End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02

Placa ou Chassi NNZ- 9845 Cidade Mossoró UF RN
 Marca/Mod. HONDA BRASIL Cor VERMELHA Ano 2011/2011
 Proprietário ELIANA ENRICO DE LIMA PEREIRAS Nº de Ocupantes 1
 Condutor ELIANA ENRICO DE LIMA PEREIRAS Data de Nasc. 04/06/1979
 Endereço RUA DECA CABRAL Nº 04 Fone 991594026
 Bairro Aeroporto I Cidade Mossoró UF RN
 CPF N° 300.985.174-35 CNH N° 06816685978 Validação 27/103/2019 Categoria _____
 Local de Trabalho WC MOVEIS Fone 99159-5026
 End. Rua Júnia a Leste Nº _____ Bairro Aeroporto I Cidade Mossoró

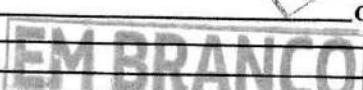
5 - VEÍCULO 03

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
 Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
 Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
 Condutor _____ Data de Nasc. _____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 CPF N° _____ Validação _____ Categoria _____
 Local de Trabalho _____
 End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____ Matriúla: 202.621-1



6 - VEÍCULO 04

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
 Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
 Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
 Condutor _____ Data de Nasc. _____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 CPF N° _____ Validação _____ Categoria _____
 Local de Trabalho _____ Fone _____
 End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____



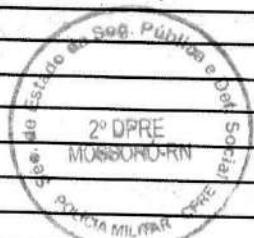
SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

EM BRANCO



SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

O condutor diz que vinha na preferencial e
atravessou anormalmente para o lado da Rua Vila
A Cidade.

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

VERIFICADO

Em 21/04/18

SD

SEÇÃO DE TRÂNSITO

SD. Delegado Thiago Fernandes Dantas

Matrícula: 202.021-1

Versão do condutor

EM BRANCO

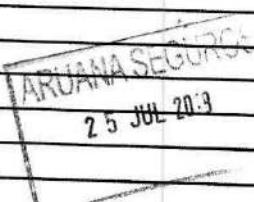
SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

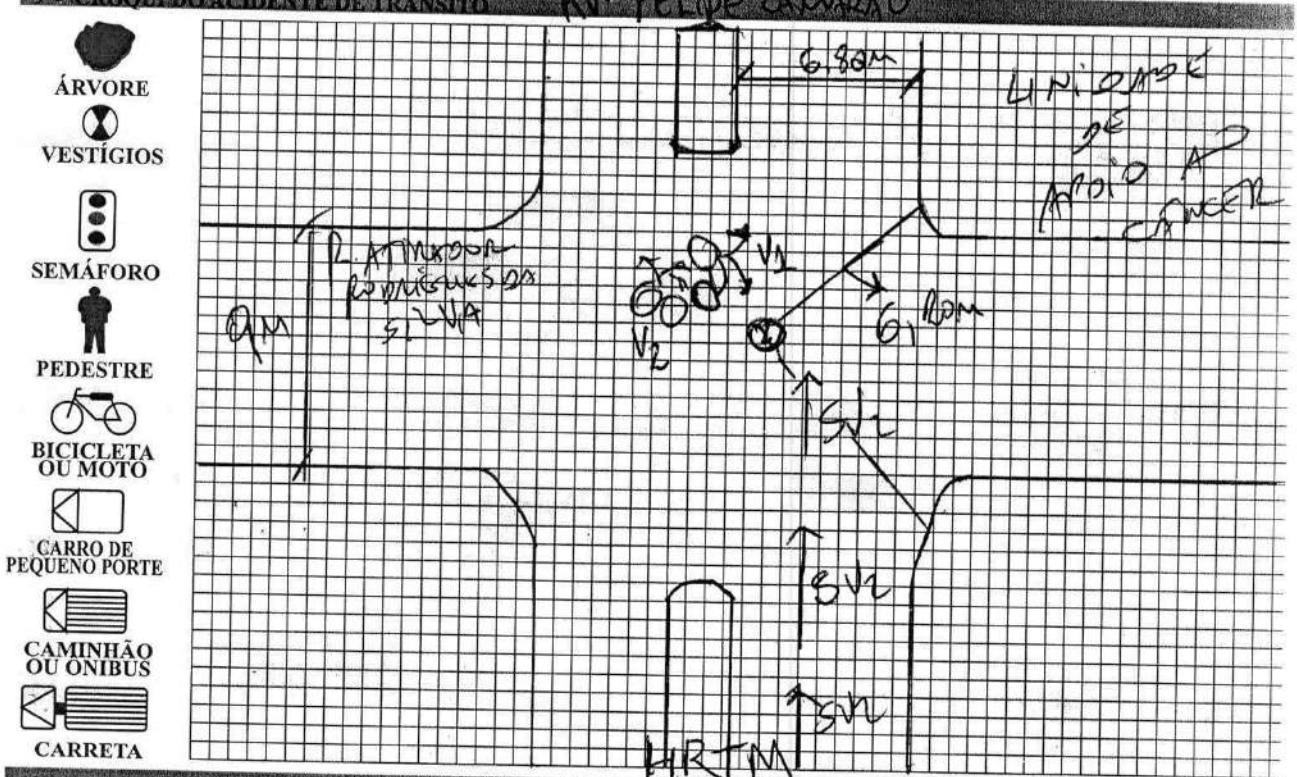
Em que faixa?

Versão do condutor

EM BRANCO

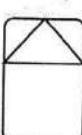


Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input checked="" type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecedo	<input checked="" type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s)
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input checked="" type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input checked="" type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

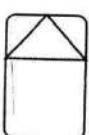


ANABIAS BOVinus

RIAS DO VEICULO 1
CONSTRUÇÕES LATERAIS
SALVAGEM PESSOAS
E REGRAS DE
SEGURANÇA



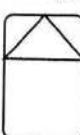
AVARIAS DO VEÍCULO 3



ARUANA SEGUROS
25 JUL 2019

AVARIAS DO VEÍCULO 3

DO VÉICULO 2
CARRO ALTO LATRADO (3640)
ESTRUTURA SINTETICA (3640)
ESCOLA (3640) ESMALTO
PASTELAS SINTETICAS
PAPEL: 2 KERAS

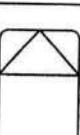


AVARIAS DO VEÍCULO 3

25 JUL 2019

25 JUL 2019

AVARIAS DO VEÍCULO 04



EM BRANCO

11. Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Presenciou: Testemunha Fato: Registro

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12. Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Presenciou: Testemunha Fato: Registro

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

13. Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Presenciou: Testemunha Fato: Registro

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14. Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Presenciou: Testemunha Fato: Registro

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15. SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____
 Endereço _____ Nº _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16. IMAGENS/OTOS SIM NAO AUTUAÇÃO SIM NAO ALT _____ COD/DESC _____

17. OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

OS PRIS CONSIDERAMOS MUITO ESCONCIDOS E O CON
 POR DE V1 ESTAVA EM PROCESSO DE CINTO DE
 ALTO FOGO POSSIVE PASSAR A VERSÃO DO ACIDENTE
 INFORMO QUE PRISOS OS VEÍCULOS FORAM APREENDIDOS
 PRIS APRESENTAR DOCUMENTAÇÃO.

ARUANA SEGUR
 25 JUL 2013

Nome Completo do Agente Carlos Alves de Paula de Paula
 POSTO/GRAD.: CG PM Nº 222888 Viatura DEFENDER Subunid.: 200
 Local e Data Passos, 09 de ABRIL de 2013 Assinatura do Agente de Trânsito Carlos Alves de Paula



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE PÓLICIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRAFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

Nº 0401918

1 – LOCAL DO ACIDENTE

Local:	Antônio vieira de Sá	Bairro:	Aeroporto I
P. Ref.	HRTM	Data:	09/04/2018

2 – VEÍCULO: V1

Chassi	QGC3506	Cidade	Mossoró	UF	IN
Marca/Mod.	I/SHINERAY XY 50 Q	Ano			
Proprietário	João da Silva Carneiro		Nº de Ocupantes	01	
Condutor	João da Silva Carneiro		Data de Nasc.	20/06/1962	
Endereço	Rua Felipe Camarão	Nº 34456	Fone	(84) 9 9163-8391	
Bairro	Aeroporto I	Cidade	Mossoró	UF	IN
CPF nº	308.004.554-87	RG nº	526.124	Órgão Emissor	SSP
Local de Trabalho	Motorista	UF		UF	RN

3 – VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	Rua Antônio Vieira de Sá	Em que sentido?	Felipe Camarão	Em que faixa?	Direita
------------------	--------------------------	-----------------	----------------	---------------	---------

Versão do condutor:

"Alega que deslocava na via acima citado empurrando sua moto, quando V2 colidiu no deleanorante a posterior, com o impacto o mesmo caiu ao solo inconsciente e foi socorrido pela SAMU para o HRTM".
Atendimento Nº 8746/2018.

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho). Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor	
------------------------	--

Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 27/04/2018 na sede do 2ºDPR. ***

Nome do Agente que registrou as informações	Deyved Thiago Fernandes Dantas
---	--------------------------------

Posto/Graduação	Sd Deyved	Matrícula	202021-1	Viatura	*****	Unidade	2º DPRE
-----------------	-----------	-----------	----------	---------	-------	---------	---------



Sd. Deyved Thiago Fernandes Dantas
Matrícula: 202.021-1



SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 244

Mossoró 20 de Abril de 2018

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a): **MARIA LUCINEIDE DA SILVA CARNEIRO, 48**

RG: 001.138.543 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 44

Nome do Paciente: JOÃO DA SILVA CARNEIRO, 55 anos.

Data: 09/04/2018

Local da ocorrência: Rua: Antônio Vieira de Sá.

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 01.

Hora do Chamado: 20h 23min.

Natureza da Ocorrência: Acidente de moto.

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

Dr. Dixon Fradik M. Lima
Clínico Geral
CRM: 5927


Silvania do Monte Santiago
Matrícula 5868-2
Agente administrativo SAMU/Mossoró

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-2
Diretor do SAMU/ Mossoró



SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumosso@hotmail.com

DETTRAN - RN CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 013085404340	
VIA COD. RENAVAM RNTRO 1 01082659620 ***** EXERCÍCIO 2017	
JOÃO DA SILVA CARNEIRO	
CPF/CNPJ PLACA 308.004.553-87 QG03505	
PLACA/ANT/UF CHASSI Q0C3505/RN LENVACB06E0276203	
ESPECIE/TIPO COMBUSTIVEL PASSAGEIRO/CICLOMOTOR/NAO APLICAVEL GASOLINA	
MARCA/Modelo ANO FAB. ANO MOD. I/SHINERAY XY 50 Q 2013 2014	
CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE SCV/15 CILINDRADAS PARTICULAR PRETA	
COTA UNICA VENO. COTA UNICA VENC/COTAS I R\$ 0.00 08/05/2017 1º PAGO	
FAKA/LP/V.A. PARCELAMENTO/COTAS 2º PAGO V A 030717 3X R\$ ***** 3º PAGO	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *** TAXAS DETRAN: PAGO *** IPI/VAI: PAGO	
MOTOR: 1E3957MABCO60668 DE PONTE OBRIGATÓRIO NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA	
MOTORO/RN DATA 14/11/2017	
Identificação Motorista de 5 Linhas Correspondente ao Registro das Veículos DETTRAN - RN	

SEGURADO OBRIGATÓRIO PE DANO PESSOAL CAUSADO POR VÍCULOS AUTOMOTORES DE USO TERRESTRE OU POR SUA CARGA APENAS SE TRANSPORTADAS QUANDO NÃO SEGURO DPVAT																									
RN N° 013085404340 BILHETE DE SEGURO DPVAT																									
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204</p>																									
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">EXERCÍCIO</td> <td>DATA EMISSÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2017</td> <td>14/11/2017</td> </tr> <tr> <td>VIA</td> <td>CPF / CNPJ</td> <td>PLACA</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>309.004.554-87</td> <td>QGCJ505</td> </tr> <tr> <td colspan="2">RENAVAM</td> <td>MARCA / MODELO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">01092659620</td> <td>I/SHINERAY XY 50 Q</td> </tr> <tr> <td>ANO FAB.</td> <td>ANO FAB.</td> <td>Nº CHASSI</td> </tr> <tr> <td>2013</td> <td>8</td> <td>LXYCGBL05B0276203</td> </tr> </table>		EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	2017		14/11/2017	VIA	CPF / CNPJ	PLACA	1	309.004.554-87	QGCJ505	RENAVAM		MARCA / MODELO	01092659620		I/SHINERAY XY 50 Q	ANO FAB.	ANO FAB.	Nº CHASSI	2013	8	LXYCGBL05B0276203
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO																							
2017		14/11/2017																							
VIA	CPF / CNPJ	PLACA																							
1	309.004.554-87	QGCJ505																							
RENAVAM		MARCA / MODELO																							
01092659620		I/SHINERAY XY 50 Q																							
ANO FAB.	ANO FAB.	Nº CHASSI																							
2013	8	LXYCGBL05B0276203																							
<p>PRÊMIO TARIFÁRIO</p> <table border="1"> <tr> <td>FMS (R\$)</td> <td>DENATRAN (R\$)</td> <td>CUSTO DO SEGURO (R\$)</td> </tr> </table>		FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)																					
FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)																							
<table border="1"> <tr> <td>CUSTO DO BILHETE (R\$)</td> <td>IOP (R\$)</td> <td>TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)</td> </tr> </table>		CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)																					
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)																							
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">PAGAMENTO</td> <td colspan="2">DATA DE QUITAÇÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> COTA ÚNICA</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> PARCELADO</td> </tr> </table>		PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO		<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO																	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO																							
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO																							
<p>SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.248.808/0001-04</p>																									

HOSPITAL REGIONAL TARCÍ
ESTÁ CONFORME O OR
SAME MOSSORÓ 23/04/2018
SAME/ARQUINO

09/04/18 # NEUROLOGIA #

23:00h

Vitória de Almeida há poucos
horas. Sem pista de causas ou
sintomas neurológicos.

Exame: Vigil, bons sentidos, Glasgow=15

Pup. 65, idofoskopicos, sem deficit, sem dor craniana

Exame: Sem lesão na face ou extra-oes.
Sem sintomas de HIC, sem
foco dura - opercular ou no



II. O que é neurologia

Dr. Thiago Lyrio Reis
Neurocirurgião
CRM-SP 159.203

BMF - Sintomas
fisiológicos

col. superficiais + anatômicas

ATÉ BMF.

ARUANA SEGUR

25 JUL 2018



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		
2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - NOME DO PACIENTE		7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
Jairo do Silveira Correia		8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO		10 - RAÇA/COR
Masculino		11 - NOME DA MÃE
12 - TELEFONE DE CONTATO		13 - NOME DO RESPONSÁVEL
14 - TELEFONE DE CONTATO		15 - ENDEREÇO (RUA - Nº, BAIRRO)
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
18 - UF		19 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO		

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

16 - MUNICÍPIO DE <i>MISSOÉ</i>		JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		<p>DOOR + Edema + cefaleia no pínto R + gرفم do fígado</p>	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		<p>Re, em clínica</p> <div style="text-align: right; margin-top: -20px;">  25 JUL 2013 </div>	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		<p><i>M</i></p>	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO
<i>Espero tratar R</i>		582.2	
		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
		EMENTO SOLICITADO	
		DETALHES DO PROCEDIMENTO	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
<i>Flu. legru. fábrica fábrica</i>				0408015050
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Lucas Ferreira Costa Noronha</i>		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>918/11/8</i>	35 - ASSINATURA E CARTEIRA DE REGISTRO DO CONSELHO <i>C. N. S. C. R. I. D. A. 002</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - N° DO BILHETE		
37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		41 - SÉRIE		
38 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA		
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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		AUTORIZAÇÃO	47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR	'52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 03/04/2018 BL00	
() CNS () CPF				SAME/ARQUIVO	
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

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME Jean de Souza Gonçalves IDADE N° REG:
SERVIÇO: ENF^a: LEITO:

HISTÓRIA CLÍNICA

Vídeo de anelídeos de foz do Rio
Foz do Rio Piatã participar
Experiência de

Col. intercross + no center eggs
2 per un reflex
ext 5000 ft 1m Dr. Kuhn
of

Dr Luis F C NASCIMENTO
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4863

ARUANA SEGUR
25 JUL 2013

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 26/07/2018
BLW
SAME/ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome José da Silva Camur Reg.º

Diagnóstico pré-operatório: fe e guta filha @ gue I
Indicação terapêutica: desobstruente + luxar e unir os 5to e
+ fixar ext

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____
Operador DR. LUIZ F. C. NASCIMENTO
1^a Auxiliar: M. JUNIOR
2^a Auxiliar: _____
3^a Auxiliar: _____
Instrumentador: _____
Anestesista: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 25/07/2018

SAME/ARQUIVO

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

paciente de cintura para os no punhos
próximo + antebraço

Colocar os curativos operatórios

Abriram os tecido parietal + desobstruente de tecido desviado + luxar e luxar ext com a luxação +
sofam fixar ext e sofam pole + ext

ARUANA SEGURÓ
25 JUL 2013

Dr. LUIZ F. C. NASCIMENTO
Ortopedista/Traumatologista
CRM 4863



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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: João do Sul e Cunha Leito:

PRESCRIÇÃO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: João da Silva Carneiro 55 anos
CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA LEITO: 301-1
Admissão: 09/04/18 Mossoró - RN Código: 8217

DATA	EVOLUÇÃO DA ORTOPEDIA	
10/04/18	#1 DIH Fx exposta de tibia E Em uso F.E APP – alcoolismo Sem queixas no momento da visita. REG, consciente, orientado, eupneico. Funcões excretórias mantidas. Cd. VPM Solicito pré-op Solicito raio-x de controle Aguarda cirurgia definitiva	

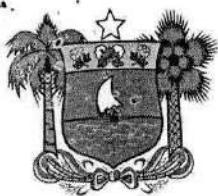
DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	Dieta livre	13:30
2	SF0,9% 1500ml, IV, p 24hs	10
3 D0	Gentamicina 240 mg + 200 mL Sf 0,9%, EV, 1x/dia	3N
4	Bromoprida 1 ampola + ABD, EV, 12/12h SN	3N
5	Tramal 100 mg + 100 mL SF 0,9%, EV, 8/8h SN	10 16 22 04
6	Dipirona 2 mL + 8 mL ABD, EV, 6/6h	10
7	Tilatil 40 mg + diluente, EV, 1xdia	
8	SSVV+CCGG	
9	Curativo diario	Ciente
10	<i>Follow up 40 days 1x/1d</i>	
11		

Dr. Pablo Romão da Cunha Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 11391
CRM/RN 6524

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 23/04/2018

B10
SAME/ARQUIVO





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: João da Silva Carneiro

55 anos

CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

LEITO: 301-1

Admissão: 09/04/18

Mossoró - RN

Código: 8217

DATA	EVOLUÇÃO DA ORTOPEDIA	
17/04/18	#8 DIH Fx exposta de tibia E Em uso F.E APP – alcoolismo Sem queixas no momento da visita. REG, consciente, orientado, eupneico. Funções excretórias mantidas. Cd. VPM Pré-op OK Baixo risco cardiovascular Aguarda cirurgia definitiva	

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	Dieta livre	
2	SF0,9% 1000ml, IV, p 24hs	
3	Bromoprida 1 ampola + ABD, EV, 12/12h SN	
4	Tramal 100 mg + 100 mL SF 0,9%, EV, 8/8h SN	
5	Dipirona 2 mL + 8 mL ABD, EV, 6/6h	
6	Tilatil 40 mg + diluente, EV, 1xdia	
7	Clexane 40 mg SC 1x/dia	
8	SSVV+CCGG	
9	Curativo diário	
10		
11		

Dr. Manoel Fernandes da Silveira
Ortopedista e Traumatologista
Médico do Trabalho
CRM-RN 2999



HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 23/04/2018
BLM

SAME/ARQUIVO

DR. WANDERLEY FILGUEIRA DE MACÊDO

MÉDICO GENERALISTA CREMERN 7035

Relatório Mênio
Paciente: M. S. de Oliveira, 56 anos de idade,
portador de CPF 308.004.554-87, sintomas.
Vítima se subiu ao topo do muro no dia 09/04/18
com consequente fratura exposta de tibia
esquerda. Foi tratado por amigos e vizinhos
fixando escâner de refente fratura e realizou
cirurgia eletriva definitiva em um hospital
privado. Agora os resultados da cirurgia definitiva.
Em fevereiro refutes com resultados favoráveis
contudo em fevereiro se refente fratura e
não consegue subir um prédio de sete andares.
No momento está realizando cirurgia definitiva
reparadora de refente fratura.

15/08/18

Dr. Wanderley F. de Macêdo
MÉDICO
CRM 7035

DR WILLIAM CARVALHO FERREIRA
CRM 1150-MTB149 RJ
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMÁTICAS
MEDICINA DO TRABALHO

LAUDO Médico

O paciente JOSÉ DA SILVA CARNEIRO, 56 anos de idade, MOTORISTA de carros pesados, acidentado, MOTO com MOTO, em 09 de Abril de 2018 e atendido NO HRTM em Mossoró/RN nos 20:46 hs do mesmo dia, conforme BOLETIM de Atendimento número 8746/2018.

DIAGNÓSTICO: Fratura complexa, COMINUTIVA, exposta no 1/3 distal das OSSOS DA FESCA esquerda.

Procedimento: Em urgência foi operada e estabilizadas as Fraturas provisoriamente com FIXADOR EXTERNO e internamente por oito DIAS. Passou a AGUARDAR a TÓRIO, VIA SISREG o qual demorou demasia NO HOSPITAL WILSON ROSADO Foi retirado o FIXADOR, já com TIBIA e FÍBULA em processo de CONSOLIDACAO em POSIÇÕES VÍCOSAS.

Em 27.08.2018, após retirar o cinto de Fixador foram preparados os FRAGMENTOS, desfazendo a FISSAÇÃO Cervi placa e 7 parafusos.

Quando ATUOU e SEQUELAS: culminou com expressivo retardos no processo de CONSOLIDACAO. Apresenta DOR, edema, IMPOTÊNCIA FUNCIONAL TOTALE, além de DEFORMAÇÃO DEFINITIVA.

Policlínica Médica
Rua João Pessoa, 68 - Centro
Fone (84) 3321-6121

Horário 2^a, 4^a e 6^a a partir das 10h da manhã

Cídio T93 por 5822

Fco. William Carvalho Ferreira
Ortopedia + Doenças Reumáticas
Medicina do Trabalho
CRM 1150/RN - MBR 149/RJ

Clinica Oitava Rosado
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro
Fone (84) 3317-3636
Horário 2^a, 4^a e 6^a a partir das 7h as 9h30min
3^a e 5^a Todas as manhã

Nº AIH
CRISTINA

BOLETIM DE ADMISSÃO

Atendimento	1012420
Data:	27/08/2018
Hora:	8:30

176170 - JOAO DA SILVA CARNEIRO

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 20/06/1962 - 56 ANO(S) CPF: 308.004.554-87 RG: 526124

CNS: 700000154411005

Convênio: SUS

Leito: 206-01

Enfermaria: 206 - AP 206

Bairro: AEROPORTO

Endereço: FELIPE CAMARAO, N° 3.445 - CEP: 59600-010

Profissão:

Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORÓ/RN

Mãe: MARIA TEIXEIRA DA SILVA CARNEIRO

Pai: ANTONIO COSME CARNEIRO

Caráter de Atendimento: ELETIVO

Naturalidade: BELEM PB

Responsável: JOAO DA SILVA CARNEIRO

Procedimento Solicitado: 0408050500-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍB - S822 - FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Diagnóstico Definitivo:

Acomodação:

Médico: 6320 - RAPHAEL MACHADO GONCALVES

Carteira: Validade: 30/12/1899 Autorização: Senha: Guia: HOSPITAL WILSON ROSADO Convênio: SUS () Cuit 123456789 () Sem Referência - Acompanhante -	Resultado Curado Melhorado Inalterado Piorado	Removido Pedido Evasão Indisciplina	-48 Horas +48 Horas Obito
Transferido: _____			

História Clínica

João Bucuane de la Silva Carneiro. Alta 28/08

Diagnóstico Provável

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e traumatologia
CRM/RN 6320

RAPHAEL MACHADO GONCALVES

RESPONSÁVEL



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Evolução e Prescrição Médica

Nome: José do Nascimento

Idade: 56

Reg. Geral: 176170

Convênio: SUS

Unidade/Leito: 206 - 01

Clínica: Ortopédica

Data: 27/08/13

Evolução Médica

Segue trecho tópico da evolução.

Documenta um desfecho imediato de disseccamento

Dr. Vale + Dr. Romana.

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/MA 6320

Prescrição Médica

Aprazamento

- | | | |
|---|---|---------------------|
| ① | Diuretico tico qd 500 mg em dias. | |
| ② | Gr. 0,3% 3.000 ml IV 24h. | 20/08/13 |
| ③ | Anticoagulante Ig IV 6,6h | 20/02/08/13 |
| ④ | Paracet 40 mg (SC) Jx dia. | 20/08/13 |
| ⑤ | Ofirone 10mg + 100 mg IV 61,6h <small>13:15/08/13</small> | 20/02/08/13 |
| ⑥ | Paracet 40 mg
Gr. 0,3% 3.000 ml > IV 81,6h | 16/08/13 - 24/08/13 |
| ⑦ | Tihexil 20 mg + 100 mg IV 101,6h <small>13/08/13</small> | 02/09/13 |
| ⑧ | Paracet 40 mg + 100 mg IV 81,6h | 13/08/13 |
| ⑨ | Ofirone 40 mg + 100 mg IV Jx dia | 06/09/13 |

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/MA 6320

Medicação administrada por:

M

T

N

28/08/13

Dr. Pablo Romano
Ortopedia e Traumatologia
TEOT
CRM/MA 6324

Jairo
Hippocrate



Paciente: José do silva Lameiro

Idade: 56 Data: 27/08/18

Convênio: 500

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal:	<u>Ter. Abcesso queijo Tumor Testicular direito</u>		
2. Cirurgia Secundária:	<u>—</u>		
3. Cirurgião:	<u>Dr. Raphael</u>	CRM:	<u>—</u>
1º Auxiliar:	<u>Dr. Vitor</u>	CRM:	<u>—</u>
2º Auxiliar:	<u>—</u>	CRM:	<u>—</u>
Enfermeiro(a):	<u>—</u>	COREN:	<u>—</u>
4. Anestesista:	<u>Dr. Vitor</u>	CRM:	<u>—</u>
5. Instrumentador:	<u>Dr. Vitor</u>	COREN:	<u>—</u>

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

Assinatura Cirurgião:

Data: 27/08/18

Para anestesia local, informar:

Hora do Início do procedimento: — : — Hora do término do procedimento: — : —

Dr. Raphael Macklido Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

CRM:

Descrição dos procedimentos cirúrgicos

- ① lot in 204 few yrs ago.
 - ② water levels + storage very infreq.
 - ③ infreq. below tree line due to snow.
 - ④ water level below tree line.
 - ⑤ Juniper & young.
 - ⑥ snows low tree.
 - ⑦ young new ones.
 - ⑧ Once tree dies it falls apart.
 - ⑨ trees go into den tree on 1 m. high mtns rarely
- esp. ones that are young.
 - ⑩ windbreaks
 - ⑪ great story + snow tree.

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia

Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.
FICHA DE ANESTESIA

NOME							DATA	
Jocé de Souza Caminha							27/08/10	
SERVIÇO		ANESTESISTA		CIRURGIÃO				
Hosp - SVS		Jilielisson		Reinaldo + Pablo				
IDADE	SEXO	COR	PR. ART.	PULSO	TEMP.	ESTADO FÍSICO	PRÉ-ANESTÉSICO	
56	M	B	140 x 90	70	36	1(2)3 4 5	Molozano 2mg EU	
DIAGNÓSTICO								
frat. fibia								

OPERAÇÃO REALIZADA									
Trel. cir. Nutr - fibia									
INÍCIO	13:15	TERMINO	14:30	DURAÇÃO	1:15	ROTINA	✓	EMERGÊNCIA	EXTRA
SpO ₂	91	97	91	90					
ETCO ₂									
HORA									
A									
G									
E									
N									
T									
E									
S									
JF	500	500	500	500					
OBSERVAÇÕES									
1) Nervos caídos na anestesia 2) Morfina 20mg 3) Cefazolin 1g 4) Lorazepam 0,1g 5) Orderantrona 1g 6) Dipirona 1g 7) Furoxicona 1g 8) Midazolam 0,1g									
									
CÓDIGO									
ANESTESIA X	220								
OPERAÇÃO O	200								
INTUBAÇÃO X	180								
ENDOTRAQUEAL	160								
PRES. SISTOL. V	140								
PRES. DISTÓL. A	120								
PULSO. ♀	100								
RESP. ASSIST. -RA	60								
RESP. EXPONT. -RE	40								
RESP. CONTR. -RC	20								
POSIÇÃO	Observações								
Soro 1000									
Sangue —									
Outros —									

TÉCNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: () SEDAÇÃO: ()

ANEST. REGIONAL: () RAQUIDIANA: () PERIDURAL: () OUTROS: ()

AGENTES EMPREGADOS

Anestesia, anest. regional, perfusões, injeções, medicação, 43/44, esp. 256, lençóis,

ceras, igreja, agulhas

ACORDADO	SALA DE RECUPERAÇÃO		CONDIÇÕES		ÓBITO		
SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	B <input checked="" type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>

✓ DSJ

✓ Nefro nefro nefro

 Dr. Jilielisson O. de Souza
 Médico Anestesiologista
 CRM/PB 8007 CRM/RN 8388



Paciente: Marcelo Silveira Carneiro Idade: 56 Registro: 176170
Setor: Médico: Dr. Raphael Enferm./Leito: 206-01

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
27/08	09:00	pcte admitido nsta unidade hospitalar procedente de seu residência, chegou em ótimo de saúde, mas com níveis de meia-idade e hipertensão arterial, náuseas, diarreia, febre, sfo no dia, uso de medicamentos p/ controlar a pressão arterial, realizado o RNP no MSE, exame de tórax, exa. urinário e um procedimento cirúrgico de gástrica de tórax p/ Dr Raphael e segue em obs.	
27/08	13:00	pcte transferido do CRH p/ O.S.O.	Ane Vanuza N. Silva Tec. Enfermagem COREN/RN: 384.400
27/08	13:10	Reabre paciente em S.O. Nivel de consciência em menor, p/ realizar procedimento cirúrgico com Dr Raphael	
27/08	13:15	Início de bloqueio anestésico com Dr. R. J. Lillissen	
27/08	13:25	Início de procedimento cirúrgico com Dr Raphael e Dr. R. J. Lillissen	
27/08	14:30	Término de procedimento cirúrgico, feito curativo em F.a. em seguida paciente é transferido para OR em menor sob efeitos anestésicos, seguindo cuidados de equipe	
27/08/18	14:35	Reabre paciente em S.O. devido a C.R.O. fundo de S.O. em menor	Janiele Costa / S. da Costa Tec. Enfermagem COREN-FAC 704.769

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
CNPJ: 35.650.324/0001-50

MOSSORÓ/RN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

I012420 - JOAO DA SILVA CARNEIRO

Data da Internação: 27/08/2018 - 08:30:00 Sexo: M Idade: 56 ANOS
Convênio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-01

Page 1 of 1

Data impresso: 27/08/2018

27/08/2018

Hora	PA	Temp	FC	FR	Glicemia
17:45:00	120X80	36,20	75	19	0

Assinatura

17:45:00	RECEBO PACIENTE SEXO MASCULINO, 56 ANOS, NESTE SETOR HOSPITALAR (POSTO 2, 2º ANDAR), PROVENIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO, VINDO EM MACA, ACOMPANHADO POR MAQUEIRO E FAMILIAR, EM PÓS OP DE CIRURGIA ORTOPÉDICA, ESTÁ APRESENTANDO EDEMA NO MIE, RECEBO CONSCIENTE, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, EM AR AMBIENTE 21%, COMUNICATIVO. SIC: AFIRMA HAS, NEGA DM, AOS SSVV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO, AFEBRIL, EUPNÉICO (SPO2: 99%), ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA >2. APARELHO RESPIRATÓRIO: TÓRAX SIMÉTRICO, COM BOA EXPANSÃO BILATERAL. SIC: ELIMINAÇÕES VESICAIS PRESENTES. HIGIENE SATISFATÓRIA. AVP EM MSE VIABILIZANDO HV + TM. SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.	JORDANA GISELE FERNANDES DA COREN: 420603
----------	--	--

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
CNPJ: 35.650.324/0001-50
MOSSORÓ/RN

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1

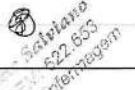
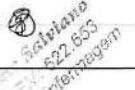
Data impresso: 28/08/2018

1012420 - JOAO DA SILVA CARNEIRO

Data da internação: 27/08/2018 - 08:30:00 Sexo: M Idade: 56 ANOS
Convenio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-01

Profissional Assinatura

28/08/2018

0:00	Pa.: , Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O ₂ : 0, Fi. O ₂ : 0, Ventilação: , Decubito: ADMINISTRADO CEFALOTINA 1G + ABD EV; DIPIRONA 1 AMP + ABD EV; TILATIL 20 MG + ABD EV; CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.	JOSEANESB	
6:00	Pa.: , Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O ₂ : 0, Fi. O ₂ : 0, Ventilação: , Decubito: OMEPRAZOL 40 MG 1 AMP + ABD EV; CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. REALIZADO CURATIVO EM MIE.	JOSEANESB	

27/08/2018

20:00	Pa.: , Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O ₂ : 0, Fi. O ₂ : 0, Ventilação: , Decubito: COLOCADO 1 ^ª ETAPA SF 0,9% EV; ADMINISTRADO CEFALOTINA 1G + ABD EV; CLEXANE 40 MG 1 SERINGA SC; DIPIRONA 1 AMP + ABD EV; CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.	JOSEANESB	
20:00	Pa: 140/80, Temp.: 36, FC.: 80, FR.: 19, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O ₂ : 0, Fi. O ₂ : 0, Ventilação: , Decubito: RECEBEMOS PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO O2 AMBIENTE, ACEITA DIETA POR VO, COM AVP EM MSE VIABILIZANDO HV, NO MOMENTO: EUPNEICO, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, AFEBRIL, DIURESE AUSENTE APÓS PROCEDIMENTO CIRURGICO, EVACUAÇÃO PRESENTE HOJE, CURATIVO EM MIE LIMPO, SEGUE EM REPOSO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.	JOSEANESB	

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
CNPJ: 35.650.324/0001-50

MOSSORÓ/RN

1012420 - JOAO DA SILVA CARNEIRO

Data da internação: 27/08/2018 - 08:30:00 Sexo: M Idade: 56 ANOS
Convênio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-01

Page 1 of 1
Data impresso: 28/08/2018

28/08/2018

Hora PA Temp FC FR Glicemia

Assinatura

08:00:00	RECEBO PACIENTE SEXO MASCULINO, 56 ANOS, NESTE SETOR HOSPITALAR (POSTO 2, 2º ANDAR), PROVENIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO, VINDO EM MACA, ACOMPANHADO POR MAQUEIRO E FAMILIAR, EM PÓS OP DE CIRURGIA ORTOPÉDICA, ESTÁ APRESENTANDO EDEMA NO MIE. RECEBO CONSCIENTE, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, EM AR AMBIENTE 21%, COMUNICATIVO. SIC: AFIRMA HAS. NEGA DM. AOS SSVV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO, AFEBRIL, EUPNÉICO (SPO2: 99%), ACIANÓTICO, ANICTERICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. APARELHO RESPIRATÓRIO: TÓRAX SIMÉTRICO, COM BOA EXPANSÃO BILATERAL, SIC: ELIMINAÇÕES VESICAS PRESENTES. HIGIENE SATISFATÓRIA. AVP EM MSE VIABILIZANDO HV + TM. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.	JOALISON DA SILVA BARBOSA (ESTAGIÁRIO) 
----------	--	---



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

Page 1 of 1
Data impresso: 28/08/2018

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1012420 - JOAO DA SILVA CARNEIRO

Data da internação: 27/08/2018 - 08:30:00 Sexo: M Idade: 56 ANOS
Convenio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-01

28/08/2018

Anotação

			Técnico(a)	Assinatura
08:00:00	PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, DEAMBULANDO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES O MESMO SUBMETEU AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA DO MIE. AO EXAME: AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, ACEITANDO DIETA DIURESE PRESENTE, CURATIVO LIMPO NO MIE, COM AVP NO MSE. MEDICADO COM 01 AMP+ABD, CEFALOTINA 01FRANCO+ABD, 01AMP DE TRAMAL+100ML DE SF0,9%, COLOCADO 500ML DE SF PRIMEIRA ETAPA DO DIA AMBOS CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA, O MESMO SEGUIR AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. - PA:120/80 TAX: 36,00 ^o F.C.:88 F.R.: 20 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 98 Fi O ₂ : 21 Ventilação: Decúbito:	LEOCARINA OLIVEIRA L. MENDONÇA		
12:24:00	PACIENTE RECEBEU VISITA MEDICA O MESMO RECEBEU ALTA HOSPITALAR, RETIRADO AVO. - PA: TAX: 0,00 ^o F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 Fi O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	LEOCARINA OLIVEIRA L. MENDONÇA		



HOSPITAL
WILSON ROSADO

PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Paciente: João da Silva Carneiro
Clínica: Unicid Enf: _____ Leito: _____
Cuidados Especiais: BSUJ

Visto Enfermeiro



()



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. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180502214 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO DA SILVA CARNEIRO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOAO DA SILVA CARNEIRO

CPF/CNPJ: 30800455487

Posição em 17-01-2019 20:19:47

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no processo aqui no site.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

13/12/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75
------------	------------	----------	------------

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
29/11/2018	Interrupção de Prazo	Download
02/11/2018	Interrupção de Prazo	Download
26/10/2018	Aviso de Sinistro	Download

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo>

1/3

- › 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](#))
- › Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT ([/Seguro-DPVAT/Download](#))

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