

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EMERSON ELOI SOUZA E SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000155272-1

Nr. da Autenticação F64FD34A2B4E6994

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200243637 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON ELOI SOUZA E SILVA **Data do acidente:** 16/10/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.
FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 9/10/13/14_CIRÚRGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200019014 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON ELOI SOUZA E SILVA **Data do acidente:** 16/10/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIÁFISE TÍBIA DIREITA + FRATURA FECHADA DO FÉMUR DIREITO.
ABRASÕES DÉRMICAS PELO CORPO (MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDO).

Descrição do exame TALA GESSADA EM Perna DIREITA.

físico: EXTENSA CICATRIZ EM FAIXA DISPOSTA DESDE O OMBRO ESQUERDO ATÉ FACE DORSAL DA MÃO ESQUERDA, COM CONTRATURA CICATRICIAL E ADERÊNCIA A TECIDOS PROFUNDOS DE MÃO E PUNHO, COMPATÍVEL COM A PRODUZIDA POR ABRASÃO DÉRMICA PROFUNDA. LIMITAÇÃO IMPORTANTE À MOBILIDADE DOS DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

CICATRIZ EM FAIXA COMPATÍVEL COM A DE ABRASÃO DÉRMICA, LOCALIZADA EM FACE LATERAL DA PERNA ESQUERDA, COM ÁREA CRUENTA CENTRAL (CICATRIZAÇÃO INCOMPLETA).

Resultados terapêuticos: PERICIADO EM CADEIRA DE RODAS, COM TALA GESSADA EM Perna DIREITA. RELATA ÚLTIMA CONSULTA COM ORTOPEDISTA EM 15.01.20, NÃO SABE REFERIR DATA PREVISTA PARA RETIRADA DA IMOBILIZAÇÃO NA Perna. REFERE ESTAR ACOMPANHANDO EM POSTO DE SAÚDE COM CURATIVOS 2 VEZES POR SEMANA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data do exame físico: 04/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

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, 24 de Julho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200243637

Vítima: EMERSON ELOI SOUZA E SILVA

Data do Acidente: 16/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EMERSON ELOI SOUZA E SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **EMERSON ELOI SOUZA E SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000560**

Conta: **00000155272-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
023.968.424-98 Emerson Flávio Souza e Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)- CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	Emerson Flávio Souza e Silva	6 - CPF:	023.968.424-98
7 - Profissão:	motorista	8 - Endereço:	marinho Dantas
9 - Número:		10 - Complemento:	
11 - Bairro:	Belo Horizonte	12 - Cidade:	Mossoró
13 - Estado:	RN	14 - CEP:	59.604-450
15 - E-mail:		16 - Tel (DDD):	

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0560 CONTA: 155272 (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário; às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	--	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (val nezcer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

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

34 - Informado Última vez Beneficiária não atingida	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____ RN, 23/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____
Emerson Flávio Souza e Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200019014
Nome do(a) Examinado(a): Emerson Eloi Souza e Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Marinho Dantas, 1
Belo Horizonte Mossoro RN CEP: 59604-450
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 1602622
Data local do acidente: [16/10/2019]
Data local do exame: [04/02/2020] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA EXPOSTA DIÁFISE TÍBIA DIREITA + FRATURA FECHADA DO FÉMUR DIREITO.
ABRASÕES DÉRMICAS PELO CORPO (MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDO).**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: FRATURA EXPOSTA DIÁFISE TÍBIA DIREITA + FRATURA FECHADA DO FÉMUR DIREITO - CIRURGIA.
FISSOTERAPIA - 10 SESSÕES.
Data da Alta: VÍTIMA EM TRATAMENTO**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**TALA GESSADA EM Perna Direita.
EXTENSA CICATRIZ EM FAIXA DISPOSTA DESDE O OMBRO ESQUERDO ATÉ FACE DORSAL DA MÃO ESQUERDA, COM CONTRATURA CICATRICIAL E ADERÊNCIA A TECIDOS PROFUNDOS DE MÃO E PUNHO, COMPATÍVEL COM A PRODUZIDA POR ABRASÃO DÉRMICA PROFUNDA. LIMITAÇÃO IMPORTANTE À MOBILIDADE DOS DEDOS DA MÃO ESQUERDA.
CICATRIZ EM FAIXA COMPATÍVEL COM A DE ABRASÃO DÉRMICA, LOCALIZADA EM FACE LATERAL DA Perna ESQUERDA, COM ÁREA CRUENTA CENTRAL (CICATRIZAÇÃO INCOMPLETA).**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 90 dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Elizabeth Fillard Tonello
Dra. Elizabeth Fillard Tonello
CPF - 045.150.159-40
CRM/RN - 9707



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PRF

PROTOCOLO: Nº 19056759B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por MARCIO MARQUES, matrícula 1455631, Policial Rodoviário Federal, em 23/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19056759B01 e o número de controle DA5DC625DE211CA8B51AB459948D11.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19056759B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 16/10/2019 Hora: 13:30 Município: MOSSORÓ/RN
BR: 304 KM: 40,3 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: MARCIO MARQUES, 1455631

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Dupla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 17/10/2019, por volta das 13:30h, na altura do km 40,3 da BR-304, em Mossoró-RN, ocorreu um acidente, do tipo colisão transversal, com 01(uma) vítima com lesões graves. Os veículos envolvidos foram: V1 - HYUNDAI /CRETA 16A ATTITU, de placas: QQQ-8B76 e V2 - HONDA/CG 160 START, de placa: QGF-6024. Com base na análise dos vestígios materiais identificados e demais levantamentos efetuados, constatou-se que o V1 trafegava na sua mão de direção no sentido de Assu/RN a Aracati/CE, quando o seu condutor foi surpreendido pelo V2 que efetuou operação de retorno e tentava cruzar a pista de rolamento. Então, como o condutor do V2 não deu a devida preferência de passagem ao V1, houve a colisão transversal entre V1 e V2. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi o condutor do V2 não ter obedecido às normas de trânsito, ao não dar a devida preferência de passagem, na via, ao V1. Observações: Quando da chegada da equipe de ronda (De Santiago e Márcio Marques), o local do acidente estava preservado. Mediante dos fatos ora descritos, foram tomadas todas as providências cabíveis e necessárias para a confecção desse boletim de acidente de trânsito.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por MARCIO MARQUES, matrícula 1455631, Policial Rodoviário Federal, em 23/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

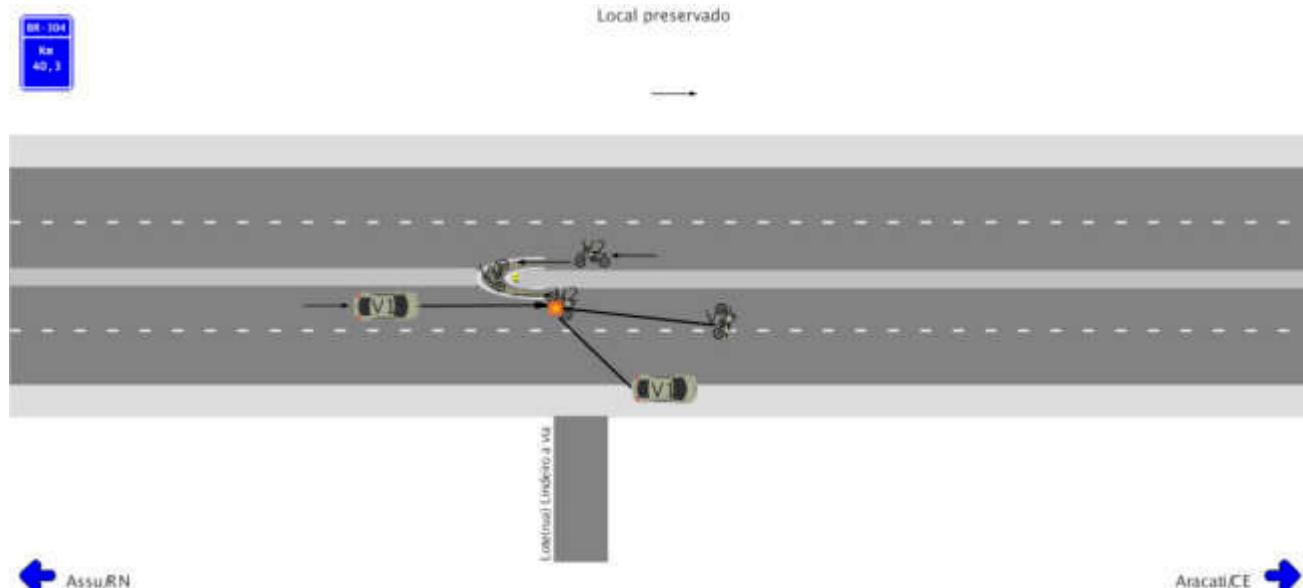
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19056759B01 e o número de controle DA5DC625DE211CA8B51AB459948D11.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19056759B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento

V1 - VEÍCULO 1 - QGQ8B76 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Placa: QGQ8B76 Marca/modelo: HYUNDAI/CRETA 16A ATTITU
Ano fabricação: 2019 Chassi: 9BHGA811BKP146926
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 01202412944
Tipo de veículo: Automóvel
Cor: Prata



Documento assinado eletronicamente por MARCIO MARQUES, matrícula 1455631, Policial Rodoviário Federal, em 23/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19056759B01 e o número de controle DA5DC625DE211CA8B51AB459948D11.





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19056759B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HYUNDAI/CRETA 16A ATTITU

Placa: QQQ8B76

Nº BOAT: 19056759B01

Nome do Agente: MARCIO MARQUES

Matrícula do Agente: 1455631

Data: 16/10/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo		X		
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X		
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais		X		
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		
11	Assoalho central esquerdo		X		
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X		
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita		X		
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita		X		
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X		
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X		
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Média



Documento assinado eletronicamente por MARCIO MARQUES, matrícula 1455631, Policial Rodoviário Federal, em 23/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19056759B01 e o número de controle DA5DC625DE211CA8B51AB459948D11.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19056759B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por MARCIO MARQUES, matrícula 1455631, Policial Rodoviário Federal, em 23/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19056759B01 e o número de controle DA5DC625DE211CA8B51AB459948D11.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19056759B01

V1 - Proprietário

Nome: RICK JONY TEODORO DOS SANTOS
Email:
Endereço: MOSSORÓ-RN

CPF/CNPJ: 073.908.534-41
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - RICK JONY TEODORO DOS SANTOS

V1C - Informações

Nome: RICK JONY TEODORO DOS SANTOS
CPF: 073.908.534-41
Estado físico: Ileso

Data de Nascimento: 18/09/1988
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: RN
Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 03/01/2007
Vencimento da habilitação: 09/10/2021

Nº Registro: 04012386206
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA PEDRO RODRIGUES DA SILVA, 32A, CASA, LAGOA DO MATO, MOSSORÓ-RN
Telefone:
Email:

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - Kaline Sinara Lopes dos Santos

V1P1 - Informações

Nome: Kaline Sinara Lopes dos Santos
Sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento:
Estado físico: Ileso

V1P1 - Dados do Contato

Endereço:
Telefone:
Email:

V2 - VEÍCULO 2 - QGF6024 - MOTOCICLETA

V2 - Informações



Documento assinado eletronicamente por MARCIO MARQUES, matrícula 1455631, Policial Rodoviário Federal, em 23/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19056759B01 e o número de controle DA5DC625DE211CA8B51AB459948D11.





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19056759B01

Placa: QGF6024 Marca/modelo: HONDA/CG 160 START

Ano fabricação: 2016 Chassi: 9C2KC2500GR017769

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista

Renavam: 01091652187

Tipo de veículo: Motocicleta

Cor: Vermelha



Documento assinado eletronicamente por MARCIO MARQUES, matrícula 1455631, Policial Rodoviário Federal, em 23/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19056759B01 e o número de controle DA5DC625DE211CA8B51AB459948D11.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19056759B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/CG 160 START

Placa: QGF6024

Nº BOAT: 19056759B01

Nome do Agente: MARCIO MARQUES

Matrícula do Agente: 1455631

Data: 16/10/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro		X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X		
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		
4	Coluna de direção		X		
5	Chassi		X		
6	Garfo traseiro		X		
7	Eixo traseiro (triciclos)		X		

Dano de Monta: Pequena

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA

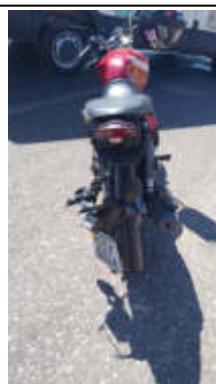


IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por MARCIO MARQUES, matrícula 1455631, Policial Rodoviário Federal, em 23/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19056759B01 e o número de controle DA5DC625DE211CA8B51AB459948D11.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19056759B01

V2 - Proprietário

Nome: EMERSON ELOI SOUZA E SILVA
Email:
Endereço: MOSSORÓ-RN

CPF/CNPJ: 023.968.424-98
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - EMERSON ELOI SOUZA E SILVA

V2C - Informações

Nome: EMERSON ELOI SOUZA E SILVA
CPF: 023.968.424-98
Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 21/02/1977
Sexo: Masculino
Usava capacete: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AE
UF: RN
Observações CNH: 1113

Primeira habilitação: 28/05/1998
Vencimento da habilitação: 26/12/2021

Nº Registro: 00830809140
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARINHO DANTAS, 1, BELO HORIZONTE, MOSSORÓ-RN
Telefone:
Email:



Documento assinado eletronicamente por MARCIO MARQUES, matrícula 1455631, Policial Rodoviário Federal, em 23/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19056759B01 e o número de controle DA5DC625DE211CA8B51AB459948D11.

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
023.968.424-98 Emerson Flávio Souza e Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)- CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	Emerson Flávio Souza e Silva	6 - CPF:	023.968.424-98
7 - Profissão:	motorista	8 - Endereço:	marinho Dantas
9 - Número:		10 - Complemento:	
11 - Bairro:	Belo Horizonte	12 - Cidade:	Mossoró
13 - Estado:	RN	14 - CEP:	59.604-450
15 - E-mail:		16 - Tel (DDD):	

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0560 CONTA: 155272 (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário; às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	--	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (val nezcer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

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

34 - Informado Última vez Beneficiária não atestada	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____ RN, 23/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____
Emerson Flávio Souza e Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---



Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 674

Mossoró, 21 de Novembro de 2019.

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **EMERSON ELOI SOUZA E SILVA, 42 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Carro

Data da Ocorrência: 16/10/2019

Local da ocorrência: Próximo a Fabrica de Cimento KM 40.

Viatura: ALFA – Unidade de Suporte Avançado de Vida

Hora do Chamado: 13h 28 min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes) e encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró**.

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Glenia Maria de Freitas Costa, 32 anos**, portador de RG: **002.559.096**.

Estamos à disposição para mais informações.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Silvana do Monte Santiago'.

Silvana do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró

Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima
Diretor / SAMU
Matrícula 405418-2

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

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
 BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 64185 /2019
 Admissão: 16/10/2019 14:26:42

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 51167 - EMERSON ELOI SOUZA E SILVA (42 a 7 m 23 d)

Nascimento: 21/02/1977

Natural: MOSSORÓ.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 703600059486434

CPF: 02396842498

Prof:

Mãe: MARIA DO SOCORRO SOUZA E SILVA

Pai: ILDO ELOI DE SOUZA

Logradouro: MARINHO DANTAS, 0

CEP: 59604460

Bairro: BELO HORIZONTE

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: .

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): CONSULTA DE

Tipo: REGULADO

URG/EMERGENCIA

*Empresa:

Origem: SAMU RN

OBS: TRAZIDO PELO SAMU (SIC ACOMPANHANTE, POIS A EQUIPE NÃO
 COMPARECEU AO SETOR)

Classificação:

16/10/2019 14:09:05

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA (SIC ACOMPANHANTE). NÃO TENHO COMO RELATAR O QUADRO DO PACIENTE POIS O MESMO
 NÃO COMPARECEU AO SETOR DO ACOLHIMENTO.

Hora: ____:

Dores, ortopédia em folha onxa.
 (Frontal e lato).

Dr. Nevaldo G. Souza
 Ortopedista / Traumatologista
 CRM-RN 6726

Acorda de moto si perna de
 consciência.

Beli 6,5, si diante, mid
 imobilizado (fratura), si dor na
 coluna virar

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
 ESTÁ CONFORME O ORIGINA
 SAME MOSSORÓ 19/11/2019
 BIM

SAME / ARQUIVO

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

CID _____ Proc. _____ Data: ___ / ___ /19. Hr: ___ : ___ Médico: _____ (Assinar e

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 16 de Outubro de 2019.
 (Carimbar)

fe enunciado: norte

em: alta mar y orientações

Aos vizinhos do entorno - C

64.185

em geral

sobretudo

neural em s/n

Sergio Soárez dos Santos
CRM NEI 12.881 / MURGÃO
2.8N / ROE 836

DENTAL REGIONAL TARCISO
ESTÁ CONFORME O ORIGEM
PROVISÓRIO 19/11/2019

B1m
BAHIA ARQUIVO



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSADO MAIA

703 6000 5948 6434

REGISTRO N°:

64.185

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Emerson Elo e Silva D. N. 21/02/77 Idade: 42
Profissão: Cartão SUS n°:
Endereço: Rua: Bairro:
Cidade:
Filiação: Mº do Socorro Souza e Silva U. F.: Fone:
Pai:
Mãe:

Data: 16/10/2019

Hora: 19:20

A.C.C.R.:

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H. D. A.)

Paciente vítima de Queda de Moto, trucidado pelo Protetor
JO-AM 0, Nego Pôr do Comerçista. Tomo 01 Sem. Colocar

2 - EXAME FÍSICO

- A - Voz alterada Pôtrico, S/ cintilopatia
- B - M. d. d. em AHT, S/ RA, S/ dor como referida
- C - Hiperatividade comitite estofal, pulsos rítmicos
- D - ECG = Ns, pulsos Tareados I/ extre. esquerda
- E - S/ mult. pls loco-epicard.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 19/10/2019

3IN
GAME/ARQUIVO

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Trauma

64.185

~~el PDDN no contribuye al desarrollo de la FDI porque existe demanda de capital en el exterior~~

OPTOPENED

future expose penicillins (D)

to auto Cincinnati
975 lbs

905 librae) nec Gir. lev.

opti liberios NCL Gr. jens

~~Dr. Alvaro G. Souto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-52270~~

19-08 Alta do Chirro Geol

Andreae
part 6 7 8

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

SUPERNATURAL - CURRUS NOVOS - 100 MIL

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

JALTA DO PRONTO SOCORRO

Observações:

0408050300
INTERNACAO HOSPITALAR

CD : 582.2

() TRANSFERRED

() OUTROS (Descrever)

Hora:

Identificação Médica



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 **EMERSON ELOI SOUZA E SILVA** (Fia: **5473/2019**), CPF:**02396842498**.

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, 16 de Outubro de 2019.

Glenia maria de Freitas Costa
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 11/11/19

Assinatura *A.C.Faria*

NUCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - C.I.H.T.M.

DATA 11/11/19

Assinatura *[Signature]*

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAÚDE MOSSORÓ 19/11/2019

SAME / ARQUIVO *BIM*