



Número: **0814734-98.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **23/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EMERSON ELOI SOUZA E SILVA (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61593914	15/10/2020 12:19	CONTESTAÇÃO	Petição
61593921	15/10/2020 12:19	2758080_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação
61593924	15/10/2020 12:19	2758080_CONTESTACAO_Anexo_04	Documento de Comprovação

PETIÇÃO E DOCUMENTOS ANEXOS



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 FÊMUR DIREITO. ABRASÕES DÉRMICAS PELO CORPO (MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDO).

Descrição do exame físico: 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).

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

023.968.424-98

4 - Nome completo da vítima:

Emerson Elói Souza e Silva

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

5 - Nome completo:

Emerson Elói 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:

Ipomoeu

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:

☒

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

☐

R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0560

CONTA:

155272

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Ipomoeu - RN, 23/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Emerson Elói Souza e Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



**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 FÊMUR 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 FÊMUR DIREITO - CIRURGIA. FISIOTERAPIA - 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, COMPATIVEL COM A PRODUZIDA POR ABRASÃO DÉRMICA PROFUNDA. LIMITAÇÃO IMPORTANTE A MOBILIDADE DOS DEDOS DA MÃO ESQUERDA. CICATRIZ EM FAIXA COMPATIVEL COM A DE ABRASÃO DÉRMICA, LOCALIZADA EM FACE LATERAL DA PERNA ESQUERDA, COM ÁREA CRUENTA CENTRAL (CICATRIZAÇÃO INCOMPLETA).
- IV. Nexo de casualidade: 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" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em 90 dias (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): | Região Corporal (Sequela): |
|---|---|
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % 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


Dr. Elizabeth Hillard Tongolo
CPF - 045.150.159-40
CRM/RN - 9707





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

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.



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



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 15/10/2020 12:19:04

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101512190372500000059085296>

Número do documento: 20101512190372500000059085296

Num. 61593921 - Pág. 7



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19056759B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 16/10/2019 Hora: 13:30 Município: MOSSORO/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: QGQ-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.



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



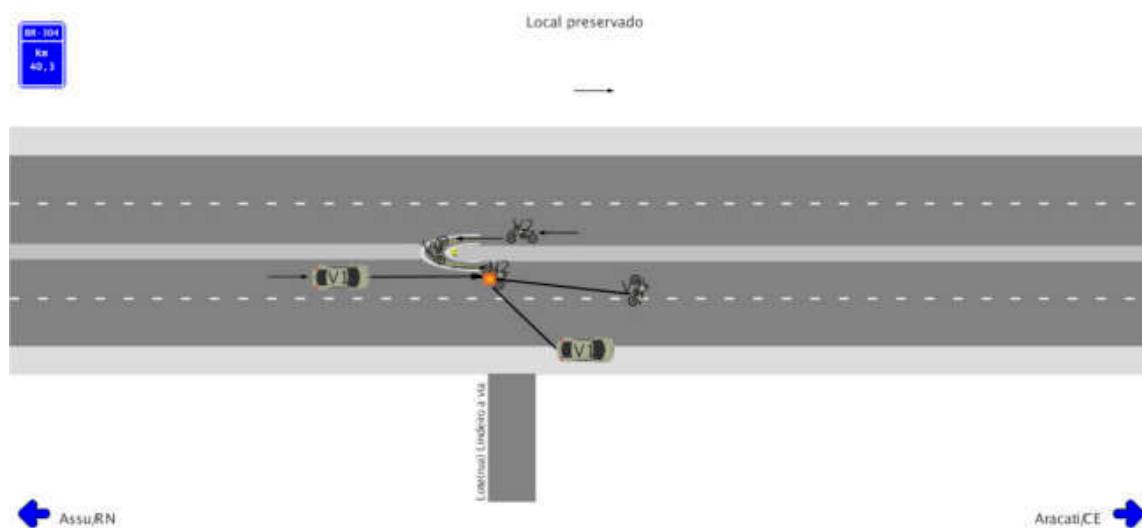


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19056759B01

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 Renavam: 01202412944
Ano fabricação: 2019 Chassi: 9BHGA811BKP146926 Tipo de veículo: Automóvel
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Prata
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento



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

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

Veículo: V1 / HYUNDAI/CRETA 16A ATTITU

Placa: QGQ8B76

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





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

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



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: MOSSORO-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, MOSSORO-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





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19056759B01

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

Veículo: V2 / HONDA/CG 160 START
Nome do Agente: MARCIO MARQUES

Placa: QGF6024
Matrícula do Agente: 1455631

Nº BOAT: 19056759B01
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

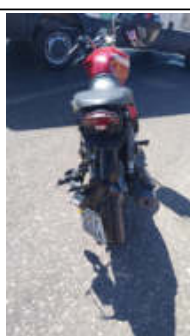


IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



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: MOSSORO-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, MOSSORO-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 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

023.968.424-98

4 - Nome completo da vítima:

Emerson Elói Souza e Silva

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

5 - Nome completo:

Emerson Elói 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:

mgmoro

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:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)



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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)



CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0560

CONTA:

155272

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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



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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorciado



Separado judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

mgmoro - RN, 23/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Emerson Elói Souza e Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





SAMU
MOSSORÓ
192

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.

Silvania do Monte Santiago
Diretora

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

Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima
Diretor / SAMU
Matrícula 405418-3
16/10/2019

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

SAMU – Mossoró

Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antonio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN

Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915

e-mail: samumossoro@hotmail.com



CIRURGIA GERAL - VERDE

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

Nascimento: 21/02/1977 Natural: MOSSORO.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: MOSSORO
 Telefone: Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): CONSULTA DE
URG/EMERGENCIA
Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO

*Empresa:

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

Classificação:
16/10/2019 14:09:05

PESO:

[illegible]

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: ____:____

Porocar isto pedir em folha anexa
(Prontuário).

Dr. Nayana G. Souza
Ortopedia - Reumatologia
CRM-RN 6726

...que, durante o mês se pensa de
consistência.

Barb. h. 5, 5/10 h 5, mid
imbricatus (fraternal), 5/10 h 5
column vine

Diagn. Inicial:

[illegible]

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

CID _____ Proc. _____ Data: ____/____/19. Hr: ____:____ Médico: _____

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

(Assinar e



te enã...: nort
em: acta nã y orientaçõs
Aos w...os do ortop - e 04.10.19
em geral
soluçar
neural nã s/n

Silvino Freire dos Santos
CRM 12.241 / RQE 838

REGIONAL REGIONAL TARCISIO
CONFORME O ORIGINAL
19/11/2019
BIM
RAME / ARQUIVO





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

REGISTRO Nº 100

64.185

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Emerson Eloi e Silva D. N. 21/02/77 Idade: 42
Profissão: _____ Cartão SUS nº: _____
Endereço: Rua: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ U. F.: _____ Fone: _____
Filiação: Mãe: N. do Socorro Souza e Silva Pai: _____

Data: 16/10/2019

Hora: 19:20

A. G. G. R.: _____

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

paciente, vítima de Quedo de Moto, trazido pelo Protocolo
JO-AM V, Nexo pelo Dr. Conselheiro, Vinte e um de Outubro

2 - EXAME FÍSICO

A - Von Reiter Pericardio, S. Centropaleis
B - Mucosa em A.M.T. SIRA, sem edema pulmonar
C - Hemodinamia normal, Pulsoes fortes
D - ECG em, Pulsoes Tardios e S. Centropaleis
E - Múltiplos Mecanismos

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 19/10/2019

SAME TARGUO

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Trauma



Prontuário: 210162



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.

Lívia Karina Freitas da Silva
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 16/10/19

Assinatura

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - HRTM

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
LISTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 19/10/2019

SANE / ARQUIVO



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES
2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
EMERSON ELOI SOUZA E SILVA (8 - 5473/2019)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
210162

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
703600059486434

8 - DATA DE NASCIMENTO
21/02/1977

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR
PARDA

11 - NOME DA MÃE
MARIA DO SOCORRO SOUZA E SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
EMERSON ELOI SOUZA E SILVA

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
MARINHO DANTAS, S/N - BELO HORIZONTE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MOSSORO

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
240800

18 - UF
RN

19 - CEP
59604460

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente do f. (sem em UTD)
- dor + edema e com + percu
Paciente do f. (sem em UTD)
- dor + edema e com + percu

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

fratura da tíbia

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

ex. de... A

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

24 - CID 10
PRINCIPAL
S62.2

25 - CID 10
SECUNDÁRIO
S62.5

26 - CID 10
CAUSAS ASSOC.
V28.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
408050500

29 - CLÍNICA
CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
2

31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
01359522476

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
NAYARA GOMES REIS DE SOUZA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
16/10/2019

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

(X) CNS () CPF

980016001835565

SAME MOSSORO 16.10.2019

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

BIN

SAME / ARQUIVO



Carbeto no Sistema 12/10/20

216-1

 SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		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 ANPM						4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						6 - Nº DO PRONTUÁRIO 51167	
Identificação do Paciente						8 - DATA DE NASCIMENTO 1 / 1	
5 - NOME DO PACIENTE EMERSON EUGENIO SOUZA G SILVA						9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE						12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL						14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)						16 - UF RN	
18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Mossoró						17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 18 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO							
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS fratura da cabeça do fêmur direito + fratura da tíbia direita							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO PLANEJAMENTO cirúrgico ortopédico + antibioticoterapia							
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Gesso único + MTC (RA)							
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL fratura da tíbia + fêmur direito		24 - CID 10 PRINCIPAL S72.3		25 - CID 10 SECUNDÁRIO S82.2		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento cirúrgico						28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 01410810151015119	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO () CNS () CPF		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 03191015182841819	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE						34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 17/10/20	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Fabiano Dantas de Carvalho Ortopedia e Traumatologia CBO 15176 CRM: 6672						36 - SÉRIE	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BOMBEIRO		41 - SÉRIE	
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBO	
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO							
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 1 / 1		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Bim					
53 - REGIÃO REGIONAL TAPACIÓBIA ESTA CONFORME O ORG. N.º 1 TAME MOSSORÓ 19/11/2019 SAME / ARQUIVO							



Unica 06/11/19 Mesas 216-1 OK

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
--------------------------------------	----------------------------	---

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE <i>Gulson Luis Soub</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
18 - UF	19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Pos brn H fem NATURE</i>	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>N x tu R</i>	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>hu no curaci</i>	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Inten de fem</i>	24 - CID 10 PRINCIPAL
25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Inten nativ fem</i>	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>014100050019</i>
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
31 - DOCUMENTO () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>06/11/19</i>
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

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

AUTORIZAÇÃO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 12/11/2019 BIM SANE / ARQUIVO</i>	





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

21.01.62

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome EUGENIO Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Fritura e porta de ar

Indicação terapêutica: paciente com

lesões secundárias

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Uchey

1ª Auxiliar: Carla

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: Roberto

Anestesista: Roberto

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
19/11/2019
BIM

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 (X) Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

Incisão: sem dor nos dentes

Observação: de 1º ao 10º dia

1º dia: 1º dia

Admissão: 1º dia de exame

1º dia de exame experimental

1º dia de exame

1º dia de exame

1º dia de exame

1º dia de exame

1º dia de exame

1º dia de exame

16

10

14





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

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Emerson Gleyson Souza e Silva N° do Pront.: 16/10/19
Cirurgia: Ata de fratura exposta de tíbia MTD Data: 16/10/19
Cirurgião: Dr. Gurgel Auxiliar: Manuel F. dos S. Instrumentadora: —
Anestesista: Dr. Rodolfo Anestesia: Raquel
Início da Cirurgia: 19:45 Término: 20:30

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	10 unid
* GASES	20 cm
* ESPARADRAPO	01 unid
* COMPRESSAS	03 unid
* LÂMINA DE BISTURI N°	03 unid
* LUVAS	01 unid
* EQUIPO PARA SORO	01 unid
* S CALPS N°	01 unid
* JEI COS	01 unid
* CATETER PARA SUBCLAVIA	01 unid
* SERINGAS DE 01 ML	01 unid
* SERINGAS DE 03 ML	01 unid
* SERINGAS DE 05 ML	01 unid
* SERINGAS DE 10 ML	01 unid
* SERINGAS DE 20 ML	01 unid
* AGULHAS DESCARTÁVEIS	01 unid
* Sonda ENDOTRAQUEAL N°	01 unid
* TRAQUEOSTOMO	01 unid
* Sonda URETRAL N°	01 unid
* Sonda FOLEY N°	01 unid
* Sonda NASOGÁSTRICA N°	01 unid
* CATETER PARA O2	01 unid
* Sonda PARA ASPIRAÇÃO N°	01 unid
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	01 unid
* BOLSA DE COLESTOMIA	01 unid
* DRENO DE PENROSE N°	01 unid
* DRENO DE TORAX N°	01 unid
* ATADURA GESSADA	01 unid
* FAIXA DE CREPOM	01 unid
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	01 unid
* CATGUT CROMADO	01 unid
* CATGUT SIMPLES	01 unid
* FIO DE ALGODÃO	01 unid
* MONONYLON	01 unid
* OUTROS FIOS	01 unid
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	01 unid
* USO DE OXIGÊNIO	01 unid
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCÓOLICA	01 unid
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	01 unid
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	01 unid
* SOLUÇÃO DE ETÉR	01 unid
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	01 unid
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	01 unid
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	01 unid
* SOLUÇÃO DE RINGER C/LACTATO	01 unid
* SOLUÇÃO DE RINGER C/LACTATO	01 unid
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	01 unid
* MANITOL	01 unid
* XILOCAINA A 2%	01 unid
* ABD	01 unid

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

SANE / ARQUIVO



DATA: 06/11/2019

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

Nome: EMERSON ELOI SOUZA E SILVA 42 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 216-1
DATA DA ADMISSÃO: 16/10/2019 MOSSORO-RN CODIGO: 51167

DATA	EVOLUÇÃO																								
N° fraturas: 02	21º DIH: FX EXPOSTA DE TIBIA DIREITA (USO DE FIXADOR EXTERNO) + FX FECHADA DIAFISE DO FEMUR DIREITO (USO DE TTE) QP: DOR EM SITIOS DE FRATURA EF: BEG, COTE, NORMOCORADO , HIDRATADO E AFEBRIL. MULTIPLAS ESCORIAÇÕES. ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO AR: MV + EM AMBOS HEMITORAX. SRA ABD: ATÍPICO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. RHA + MID: NEUROVASCULAR DO MEMBRO PRESERVADO , FIXADOR E TRAÇÃO LIMPAS MIE: FERIDAS COM PERDA DE SUBSTANCIA EM LATERAL DA COXA, SEM FLOGOSE OU SECREÇÃO SITUAÇÃO: LABORATORIO (28/10/19): HB: 10,9 LEUCO: 15000 PLAQ: 390000 GLICOSE: 106 CR: 0,8 UREIA: 35 RISCO CIRURGICO BAIXO GUIA DE SISREG PREENCHIDA – <u>CIRURGIA MARCADA PARA O DIA 06/11/19 AS 7 HRS NO WILSON ROSADO</u> CD: VPM																								
	<table><tr><th></th><th>PRESCRIÇÃO</th><th>HORÁRIO</th></tr><tr><td>1</td><td>DIETA VO LIVRE</td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>SFO,9% 2000 ML EV PARA 24 HORAS</td><td>1º 2º 3º 4º</td></tr><tr><td>3</td><td>DIPÍRONA 1G , VO, 6/6 HR</td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>TRAMADOL 50 MG, VO, 12/12 HR</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>OMEPRAZOL 40MG , 1X/DIA VO</td><td>06</td></tr><tr><td>6</td><td>DIAZEPAM 10MG -01 CP VO ANTES DE DORMIR</td><td></td></tr><tr><td>8</td><td>SSVV + CCGG</td><td></td></tr></table>		PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	1	DIETA VO LIVRE		2	SFO,9% 2000 ML EV PARA 24 HORAS	1º 2º 3º 4º	3	DIPÍRONA 1G , VO, 6/6 HR		4	TRAMADOL 50 MG, VO, 12/12 HR		5	OMEPRAZOL 40MG , 1X/DIA VO	06	6	DIAZEPAM 10MG -01 CP VO ANTES DE DORMIR		8	SSVV + CCGG	
	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO																							
1	DIETA VO LIVRE																								
2	SFO,9% 2000 ML EV PARA 24 HORAS	1º 2º 3º 4º																							
3	DIPÍRONA 1G , VO, 6/6 HR																								
4	TRAMADOL 50 MG, VO, 12/12 HR																								
5	OMEPRAZOL 40MG , 1X/DIA VO	06																							
6	DIAZEPAM 10MG -01 CP VO ANTES DE DORMIR																								
8	SSVV + CCGG																								

Tupinambá
Mossoró
19/11/2019

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
MOSSORÓ - RN
19/11/2019
BIM
SAME / ARQUIVO



Atendimento	1222750
Data:	06/11/2019
Hora:	13:23

BOLETIM DE ADMISSÃO

Nº AIH
ITALO

448442 - EMERSON ELOI SOUZA E SILVA

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 21/02/1977 - 42 A, 9 M, 13 D

CPF: 023.968.424-98

RG: 1602622

CNS: 703600059486434

Convênio: SUS

Leito: 206-06

Enfermaria: 206 - AP 206

Endereço: ESPANHA, N° 130 - CEP: 59600-010

Bairro: AEROPORTO

Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORO/RN

Profissão: MOTORISTA

Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Pai: ILDO ELOI DE SOUZA

Mãe: MARIA DO SOCORRO SOUZA E FILHO

Naturalidade: MOSSORO - RN

Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: GLENIA MARIA DE FREITAS ROCHA

Procedimento Solicitado: 0408050500-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍB - 5723 - FRAT DA DIAFISE DO FEMUR

Diagnostico Definitivo:

Acomodação:

Médico: 6672 - FABIANO DANTAS DE CARVALHO

Carteira:

Validade: 30/12/1899

Autorização:

Senha:

Guia:

Resultado

☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ Piorado

☐ Removido
☐ Pedido
☐ Evasão
☐ Indisciplina

☐ -48 Horas
☐ +48 Horas
☐ Obito

Transferido: _____

História Clínica

Obs: Sem Dado a Alimentação Para Amamentação

Dr. Raphael Macnado Gonçalves

Diagnóstico Provável

Glenia Maria de Freitas Rocha

RESPONSÁVEL

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

FABIANO DANTAS DE CARVALHO





HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Emerson Rêis Costa e Silva
Idade: 42 Data: 06/10/18
Convênio: SUS

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: Tubomento cirúrgico Bubo de parede com drenagem
2. Cirurgia Secundária: —
3. Cirurgião: Dr. Rafael Rosado CRM: _____
1º Auxiliar: Dr. Rafael Rosado CRM: _____
2º Auxiliar: _____ CRM: _____
Enfermeiro(a): _____ COREN: _____
4. Anestesista: Dr. Kelly CRM: _____
5. Instrumentador: Dr. Rafael COREN: _____

6. Tecido removidos: ☐ Não ☐ Sim Especificar: _____

7. Anátomo Patológico: ☐ Não ☐ Sim

Laudos: ☐ Maligno ☐ Benigno Dr.: _____

8. Classificação da Cirurgia: ☐ Limpa ☐ Potencialmente contaminada

☐ Contaminada ☐ Infectada

9. Contaminação Intra-operatória: ☐ Não ☐ Sim

10. Programação: ☐ Efetiva ☐ Urgência ☐ Emergência

11. Trauma: ☐ Não ☐ Sim Data: ____/____/____ Hora: ____:____

12. Infecção atual em outro Sistema: ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____

13. Drenos: ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____

14. Prótese (s): ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____

15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5420

Assinatura Cirurgião: _____ CRM: _____

Data: 06/10/18

Para anestesia local, informar:

Hora do Início do procedimento: ____:____ Hora do término do procedimento: ____:____



Descrição dos procedimentos cirúrgicos

- 1) Paciente em 2017 já foi operado.
- 2) Lesões contusas e laceradas com sangramento.
- 3) Morte por choque séptico.
- 4) Lesão por ferimento.
- 5) Lesão por ferimento.
- 6) Lesão por ferimento.
- 7) Ferimento de "cabo" com ferida de 4,3 cm na face + ferida na parte de trás.
- 8) Ferimento de "cabo".
- 9) Lesão por ferimento + lesão na parte de trás.

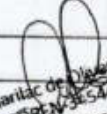
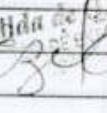
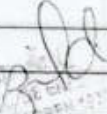
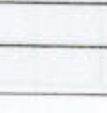
Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320





HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Emerson Elói Souza e Silva Idade: 42 Registro: 44842
Setor: posto II Médico: Dr. Pablo/Raphael Enferm./Leito: 206-06

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
<u>06</u> <u>11</u> <u>19.</u>	<u>14:00</u>	paciente admitido no centro cirúrgico desta unidade hospitalar procedente do H.R.T.M acompanhado por familiares e parentes da comunidade vítima de acidente motorístico, +20 dias, com fraturas no M3H, luxações no M3E e M3F, de ambiente, com A.V.P. mobilizando M.V., o mesmo foi tratado para cumprimento de protocolo, punção de acesso venoso periférico em M3D com furo 18, ao exame físico o cliente encontra-se consciente, orientado, afébril, normotenso, eupneico, S.T.C., peso 80 kg, 44g, e alergia medicamentosa, irá submeter-se a um procedimento cirúrgico com Dr. Pablo e Dr. Raphael. Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur. Repouso no leito aguarda transição para a S.O.	 Lúcia Marilac de Oliveira Torres COREN-345446 Tec. de Enfermagem
<u>06</u> <u>11</u> <u>19.</u>	<u>16:50</u>	cliente transferido do COO para S.O. em maca acompanhado pela equipe de enfermagem com A.V.P. mobilizando M.V.	 Lúcia Marilac de Oliveira Torres COREN-345446 Tec. de Enfermagem
	<u>16:55</u>	ptº recebido em S.O.	 Lúcia Marilac de Oliveira Torres COREN-345446 Tec. de Enfermagem
	<u>17:15</u>	início da anestesia geral feita pelo Dr. Kely e 1º monitorado.	 Lúcia Marilac de Oliveira Torres COREN-345446 Tec. de Enfermagem
	<u>17:30</u>	início da cirurgia e 1º Dr. Raphael + Dr. Pablo.	 Lúcia Marilac de Oliveira Torres COREN-345446 Tec. de Enfermagem
	<u>18:40</u>	término da cirurgia, realizado curativo e intubação de retorno.	



Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assina...
06/11	18:40	P/CRO ficando em obs. da Enfermeira em.	<i>[assinatura]</i>
	18:45	Recibo paciente no CRO Unida do S.O, acompanhado da equipe de enfermagem, consciente, e orientado, porém sob efeito anestésico, respirando O2 ambiente, com curativo limpo em F.O e segue em deservação.	Cheila Maria de Souza COREN-RN 1408/02-TE
	20:30	Foi administrado tenoxicam + DDD, conforme prescrição médica, e segue aos cuidados da equipe de enfermagem.	Cheila Maria de Souza COREN-RN 1408/02-TE
	21:30	Paciente transferido para o posto em sala com ventilação orotraqueal verbalizando com O2 ambiente acompanhado pela equipe de enfermagem.	Daliane Costa dos Santos Téc. de Enfermagem COREN-RN 810.296



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

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1

1222750 - EMERSON ELOI SOUZA E SILVA

Data da internação: 06/11/2019 - 13:23:00

Sexo: M

Idade: 42 A, 9 M, 13 D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-06

07/11/2019

Profissional

Assinatura

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: ADM 01 FR DE CEFALOTINA 1G + ABD, IV, + 01 AMP DE DIPIRONA 500MG + ABD, IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.	MONALISA	Monalisa Eloi da Costa Téc. Enfermagem COREN-RN 1359366
2:00	Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O ₂ : 0, FI. O ₂ : 0, Ventilação: , Decubito: ADM 01 AMP DE TRAMAL 50MG + 100ML DE SF 0,9%, IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.	MONALISA	Monalisa Eloi da Costa Téc. Enfermagem COREN-RN 1359366
4:00	Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O ₂ : 0, FI. O ₂ : 0, Ventilação: , Decubito: ADM 01 FR DE OMEPRAZOL 40MG + DIL., IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.	MONALISA	Monalisa Eloi da Costa Téc. Enfermagem COREN-RN 1359366
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: INICIADA 2ª ETAPA DE SF 0,9% DE 500ML, IV, E ADM 01 FR DE CEFALOTINA 1G + ABD, IV, + 01 AMP DE DIPIRONA 500MG + ABD, IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. REALIZADO LIMPEZA E TROCA DE CURATIVO.	MONALISA	Monalisa Eloi da Costa Téc. Enfermagem COREN-RN 1359366
06/11/2019			
21:40	Pa.: 100X60, Temp.: 36,2, FC.: 78, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O ₂ : 98, FI. O ₂ : 21, Ventilação: , Decubito: RECEBEMOS PACIENTE, CONCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, RESPIRANDO EM AMBIENTE O ₂ , AO EXAME: AFEBRIL, LEVE HIPOTENSÃO, NORMATOCARDICO, EUPNEICO, DIURESE AUSENTE, EVACUAÇÃO AUSENTE, ACEITA DIETA POR VO, COM CURATIVO LIMPO E SECO, COM ACESSO VENOSO, VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO VENOSA + TERAPIA MEDICAMENTOSA, NO MOMENTO SEM RELATOS DE QUEIXA, SEGUIR EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.	MONALISA	Monalisa Eloi da Costa Téc. Enfermagem COREN-RN 1359366
22:00	Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O ₂ : 0, FI. O ₂ : 0, Ventilação: , Decubito: INICIADA 1ª ETAPA DE SF 0,9% DE 500ML, IV, E ADM CLEXANE 40MG, SC, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.	MONALISA	Monalisa Eloi da Costa Téc. Enfermagem COREN-RN 1359366

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1222750 - EMERSON ELOI SOUZA E SILVA

Data da internação: 06/11/2019 - 13:23:00 Sexo: M
Convênio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-06

Page 1 of 1

Idade: 42 A, 9 M, 13 D

07/11/2019

Hora PA Temp FC FR Glicemia

08:00:00

PACIENTE INTERNADO NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), PÓS OPERATORIO DE CIRURGICA ORTOPEDICA, RESTRITO AO LEITO, COM FIXADORES NO MID. EVOLUINDO CONCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, RESPIRANDO EM AMBIENTE O2. AO EXAME: AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, EUPNEICO. ACEITANDO DIETA POR VIA ORAL. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS: DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÃO AUSENTE, COM CURATIVO LIMPO E SECO, COM AVP, VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO VENOSA + TERAPIA MEDICAMENTOSA, NO MOMENTO SEM RELATOS DE QUEIXA, SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Assinatura

THATIANE
MICHELLE
FREITAS DE

Thatiane Michelle F. de Souza
Enfermeira
COREN-RN 243343





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Tel.: (84) 3318-9000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

1222750 - EMERSON ELOI SOUZA E SILVA

Data de internação: 06/11/2019 - 13:23:00 Sexo: M

Idade: 42 A, 9 M, 13 D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-06

07/11/2019

Anotação

Técnico(a)		Assinatura
08:00:00	PACIENTE EVOLUI BEM CONSCIENTE ORIENTADO VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES NÃO DEAMBULA EM AR AMBIENTE AFEBRIL NORMOTENÇÃO NORMOCÁRDIO COM HIDRATAÇÃO ACEITA DIETA ORAL DIURESE ESPONTÂNEA COM FIXADOR NA PERNA DIREITA CURATIVO LIMPO NA FO ABDOMEN FLACIDO SEM QUEIXAS DE DOR FICA AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM - PA:120X80 TAX: 36,00% F.C.:80 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 99 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	SUZILEY GEORDANY DA FONSECA Suziley Geordany Fonseca Téc. Enfermagem COREN-RN 578154
08:00:00	ADMINISTRADO TENOXICAM 20MG EV COM ABD., CONFORME PRESCRIÇÃO - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	SUZILEY GEORDANY DA FONSECA Suziley Geordany Fonseca Téc. Enfermagem COREN-RN 578154
09:00:00	PACIENTE PERDE AVP PUNÇONADO OUTRO AVP - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	SUZILEY GEORDANY DA FONSECA Suziley Geordany Fonseca Téc. Enfermagem COREN-RN 578154
10:00:00	ADMINISTRADO TRAMAL 100MG EV COM SF, CONFORME PRESCRIÇÃO - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	SUZILEY GEORDANY DA FONSECA Suziley Geordany Fonseca Téc. Enfermagem COREN-RN 578154
12:00:00	ADMINISTRADO CEFALOTINA 1G EV COM ABD., DAPIRONA 500MG EV COM ABD CONFORME PRESCRIÇÃO - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	SUZILEY GEORDANY DA FONSECA Suziley Geordany Fonseca Téc. Enfermagem COREN-RN 578154
13:00:00	PACIENTE SAÍ DE ALTA HOSPITALAR RETIRADO AVP - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	SUZILEY GEORDANY DA FONSECA Suziley Geordany Fonseca Téc. Enfermagem COREN-RN 578154



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EMERSON ELOI SOUZA E SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE
1602622 ITPF RN

CNPJ
023.968.424-98 DATA NASCIMENTO
21/02/1977

PERM. 1
ILDO ELOI DE SOUZA
MARIA DO SOCORRO SOUZA
E SILVA

PERM. 2
ACC
CAT. 1
AB

Nº IDENTIFICAD. 00830609160 UNIDADE 26/12/2021 1ª HABILITAÇÃO 28/05/1998

OBSERVAÇÕES
HAB PROD PERIGOSOS;
HAB COLETIVO;

ASSINATURA DO TITULAR
Emerson Eloi Souza e Silva

LOCAL BOSSORO, RN DATA EMISSÃO 27/12/2016

18189527598
RN702524400

DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1350893419

PROIBIDO PLASTIFICAR
1350893419

