

## QUESITOS A SEREM RESPONDIDOS PELO PERITO:

Vide art. 31, II da Lei nº 11.945/2009 e atualizações.

a) Se a etiologia ou origem causal das lesões existentes na pessoa requerente é compatível com acidente com veículo automotor de via terrestre?

---

b) Quais as lesões ou disfunções ocorridas?

---

c) Nos termos do art. 3º, *caput*<sup>1</sup>, da Lei nº 6.194/1974, se há **invalidez permanente**, isto é, **dano(s) anatômico e/ou funcional definitivo(s) (sequelas), não passível(is) de reversão terapêutica**, descrevendo-o(s) então detalhadamente;

---

d) Qual(is) o(s) segmento(s) corporal(s) atingidos?; Percentual em desfavor do órgão vinculado?

---

e) Nos termos do art. 3º, § 1º<sup>2</sup>, da Lei nº 6.194/1974, incluído pela Lei nº 11.945/2009, bem como da respectiva tabela anexa que acompanha esta lei, se a **invalidez permanente foi total** (repercussão na íntegra do patrimônio físico e/ou mental) ou **parcial** (repercussões em partes de membros superiores e inferiores);

---

f) Em caso de invalidez total, **quais os segmentos corporais atingidos, nos termos da tabela que menciona os danos sofridos, conforme a Norma Legal supra?**

---

g) De acordo com o art. 3º, § 1º, incisos I e II<sup>3</sup>, da Lei nº 6.194/1974, **em caso de invalidez parcial**, se ocorreu **invalidez parcial completa, atingindo** de forma **completa** todo um segmento corporal (ou mais de um), ou **invalidez parcial incompleta**, atingindo de forma **incompleta**, descrevendo-o(s) então detalhadamente;

---

h) De acordo com esse citado inciso II, da Lei nº 6.194/1974, bem como da respectiva tabela anexa, **em caso de invalidez parcial incompleta**, se a **repercussão da lesão na anatomia e/ou funcionalidade do segmento corporal foi intensa (75%), média (50%), leve (25%) ou residual (10%);**\_\_\_\_\_.

i) Finalmente, **se, eventualmente, a lesão segmentar foi de tal monta que atingiu a funcionalidade de todo o respectivo membro:** (Exs.: Invalidez permanente em *ombro* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro superior*; Invalidez permanente em *joelho* ou *tornozelo* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro inferior*, etc).

---

Mossoró-RN, 04 de maio de 2020.

**Kelly Maria Medeiros do Nascimento**  
Advogada OAB/RN – 7.469



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: Diego Alexandre Costa da Silva, brasileiro(a)-  
divorciado, católico, portador do RG n° 1001856 979, e do  
CPF n° 010.349.784-62, residente na  
RUA: Seu Tovarés, n° 06, BAIRRO:  
Abolição I, cidade Mossoró - Rio Grande  
do Norte, nomeia e outorga poderes a Outorgada: KELLY MARIA MEDEIROS  
DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada, portadora da OAB/RN  
7.469, podendo ser intimada na Rua Antonio Vieira de Sá n° 986,  
Mossoró-RN, ao qual confere amplos e gerais poderes para o foro em  
geral com a cláusula "ad Judicia", para ajuizar ação de cobrança na  
Comarca Mossoró -RN, podendo a outorgada, confessar,  
assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar  
quitação, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar acordo,  
receber e levantar ALVARA JUDICIAL, decorrente da presente ação,  
apresentar recurso e contra razões, junto bem como, substabelecer  
esta com ou sem reservas de poderes, podendo levantar alvará  
judicial, acompanhar todo processo até o final do julgamento,  
representado ainda os interesses do outorgante, podendo ajuizar  
apelação, ou, qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao  
Egrégio Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte, para garantir o  
direito do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos  
necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

Mossoró - Rio Grande do Norte, em 05 / 05 / 2020.

Outorgante: Diego Alexandre Costa da Silva.

- Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei n° 8.952, de 13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS  
COM CLAUSULA "AD EXITUM"**

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como contratante Diogo Alexandre Costa da Silva brasileiro(a) solteiro, metaboy portador do CPF: 010.349.784-62, residente na Rua: São Toures do

06, Bairro: Abolição I, cidade Mossoró, com os advogados: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada; WAMBERTO BALBINO SALES, brasileiro, casado, advogado, ambos podendo ser citados na Rua Antonio Vieira de Sá nº 986, Aeroporto, em Mossoró - RN, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

- 1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de Mossoró -RN, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A;
  - 2- A parte contratante, não pagará qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juízo da causa;
  - 3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante não desembolsará quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão requerida, sendo que, o presente firma-se na clausula "ad exitum";
  - 4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, deverá a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 30% (TRINTA POR CENTO) sob o valor da causa;
  - 5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide..
- Elegem as partes, para dirimir quaisquer dúvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de Mossoró - Rio Grande do Norte.  
Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Mossoró - Rio Grande do Norte, em 05/05/2020.

Contratante: Diogo Alexandre Costa da Silva

Contratado:

OAB/7469

Testemunhas: \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

Testemunhas: \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

Diego Alexandre Costa da Silva, brasileiro(a), divorciado, metido boy  
portador do RG n° 00.135.6979, e do CPF 010.349.784-62, residente na  
R. Rui Falcões, 06, Abdição I, na Cidade de Mossoró - Rio Grande do  
Norte. Declara nos termos da Lei n. 1.060/50, que é pobre na forma  
da Lei, não dispondo de meios que possibilitem a custear as  
despesas processuais na Ação de Cobrança c/c reparação de danos, na  
Comarca de Mossoró - Rio Grande do Norte. Afirma ainda  
ser conhecedor das sanções penais, caso a presente não retrate a  
verdade dos fatos. Nada mais digno de registro, assina o presente.

Comarca de Mossoró-RN em 05/05/2020.

Declarante: Diego Alexandre Costa da Silva

CP - Decreto Lei n° 2.848 de 07 de Dezembro de 1940

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Falso reconhecimento de firma ou letra.



## DECLARAÇÃO DE ISENTO DO IMPOSTO DE RENDA

Eu, Diego Alexandre Costa da Silva, brasileiro, divorciado,  
motorista, com CPF n° 010.349.784-62, residente na  
Rua Base Troncos n° 06, BAIRRO: Abolição I,  
Mossoro -RN, DECLARA, sob as penas da lei que é isento  
de declarar imposto de renda, por não ter meios suficientes,  
fazendo presente declaração nos termos- conforme previsto na Lei  
7.115/83. Estou ciente das sanções administrativas, penais e  
cíveis, nos termos do art. 299 do CPB. Nada mais a constar lavro o  
presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Mossoro-RN, em 05 / Maio / 2020.

Declarante: x Diego Alexandre Costa da Silva

CP - Decreto Lei n° 2.846 de 07 de Dezembro de 1946

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalectendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Falso reconhecimento de firma ou letra.



REPUBLICA FEDERATIVA  
 MINISTERIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO  
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA**  
 DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **001856979 SSP RN**  
 DATA NASCIMENTO: **15/03/1982**  
 CPF: **010.349.784-52**

FILIAÇÃO: **CARLOS JOSE DA COSTA E SILVA**  
**MARIA DO SOCORRO COSTA DA SILVA**

PERMISSÃO:  ACC:  CAT. HAB: **AB**

VALIDADE: **04/12/2022** HABILITAÇÃO: **11/01/2008**

Nº REGISTRO: **04272834040**  
 OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: *Diogo Alexandre Costa da Silva*  
 DATA EMISSÃO: **09/08/2019**

LOCAL: **MOSSORO, RN**  
 ASSINATURA DO EMISSOR: *[Assinatura]*  
 75444164515  
 RN706166027

RIO GRANDE DO NORTE

VALID EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1828119013  
 PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1828119013

Sistema Único de Registro  
 Data Nasc.: 14/10/2010  
 Sexo: M  
 703 2046 9987 9397



 **MINISTÉRIO DO TRABALHO**  
**SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO**  
**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**

Número 05589 Série 00015RN



Diogo Alexandre Costa da Silva  
 ASSINATURA DO PORTADOR

**QUALIFICAÇÃO CIVIL**

Nome Diogo Alexandre Costa da Silva

Loc. Nasc. Mossoró RN Est. RN Data 15.03.1982

Filiação Carlos José da Costa da Silva e Maria do Socorro Costa da Silva

Doc. n.º 1.556.979-5 SP RN data exp. 02.02.99

**ESTRANGEIROS**

Chegada ao Brasil em ..... Doc. Ident. n.º .....

Exp. em ..... Estado .....

Obs. ....

Data Emissão 07.04.97 DRT Mossoró RN

Maria Vânia de Souza Moura  
 Assinatura do Funcionário

18 **CONTRATO DE TRABALHO**

**A B F DA COSTA ME**  
**DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA**

CNPJ: 09.017.988/0001-76  
 End. AVENIDA WILSON ROSADO, 78  
 Esp. Estabelecimento: Comércio varejista de peças para veículos automotores.  
 Município: Mossoró Estado: RN  
 Cargo: MOTOBOY  
 CBO: 519110 Registro: 200032 Fls/Ficha:37  
 Data de Admissão: 01 Janeiro de 2019.  
 Remuneração: R\$ 998,00 (novecentos e noventa e oito reais) por mês.

ABF DA COSTA - ME

Antônia Bruna Fernandes da Costa  
 CPF: 049.680.894-70  
 Ass. do empregador ou a cargo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída ..... de ..... de 19 .....

Ass. do empregador ou a cargo c/test.

1º ..... 2º .....







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

COMPLEMENTO DO BOLETIM  
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE  
DE TRÂNSITO

Nº 1006119

1 - LOCAL DO ACIDENTE

Local:	AV ABEL COELHO	Bairro:	ABOLIÇÃO 2
P. Ref.	AUTO ESCOLA MAIS	Data:	30/10/2019

2 - VEÍCULO: V-02

Placa	QGH8A72	Cidade	MOSSORO	UF	
Marca/Mod.	HONDA CG 125 FAN	Ano	2016/2016		
Proprietário	DAYSE VIVIANE DIAS DE OLIVEIRA			Nº de Ocupantes	01
Condutor	DIOGO ALEXANDRE DA COSTA SILVA			Data de nasc.	15/03/19
Endereço	R: SEU TAVARES		Nº	6	Fone (84)991843129
Bairro	ABOLIÇÃO 2	Cidade	MOSSORO	UF	
CPF nº	01034978462	CNH	04272834040	AB	Validade 04/12/
Local de Trabalho					

3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	AV ABEL COELHO		
Em que sentido?	ABOLIÇÃO 3 / ABOLIÇÃO 1	Em que faixa?	ESQUERDA

Versão do condutor:

"Alega que: TRAFEGAVA NA AVENIDA CITADA E NAS PROXIMIDADES DA AUTO ESCOLA MAIS, UM VEICULO QUE TRANSITAVA NA SUA FRENTE FOI FAZER O RETORNO, E MESMO AINDA TENTOU FREAR E DESVIAR MAS ACABOU COLIDINDO NA TRASEIRA DO VEICULO.

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

Assinatura do Condutor/  
declarante *Diogo Alexandre Costa da Silva*



Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 27/12/2019, na Sede do 2º DPRE.

Nome do Agente que registrou as informações *André Victor Gê do Nascimento*

Posto/Graduação	SD PM	Matrícula	2019884	Viatura	*****	Unidade	2º DPRE
-----------------	-------	-----------	---------	---------	-------	---------	---------

Auxiliar do Setor de Tráfego do 2º DPRE.





1 - LOCAL E DATA

Local AV. ABEL COELHO Bairro ABOLIÇÃO II  
Cidade MOSSORO/RN P. Ref. \_\_\_\_\_  
Data 20/10/2019 Hora do acidente 18:00 Hora do registro 18:25 Dia da semana QUARTA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MZK4963 Cidade MOSSORO UF RN  
Marca/Mod. BMW/L200 TRITON 3.2 D Cor PRATA Ano 2009/2009  
Proprietário JARLO ARNON ARAYO DE ANDRADE Nº de Ocupantes 1  
Condutor JARLO ARNON ARAYO DE ANDRADE Data de Nasc. 30/10/1981  
Endereço RUA NICOLSTO COMES DA SILVA Nº 70 Fone 9842 2056  
Bairro SANTA DELALI RA Cidade MOSSORO UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº 035.004.304-30 CNH Nº 01070908360 Validade 09/10/2022 Categoria AB  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi R16H8A72 Cidade MOSSORO UF RN  
Marca/Mod. HONDA/CG 125 I FAW Cor PRATA Ano 2016/2016  
Proprietário JARLE VIVIANNE DIAS DE OLIVEIRA Nº de Ocupantes 1  
Condutor JARLE ALEXANDRE DA COSTA DA SILVA Data de Nasc. 15/10/1982  
Endereço RUA SEC - TOVARES Nº 06 Fone 88271880  
Bairro ABOLIÇÃO II Cidade MOSSORO UF RN  
CPF Nº 870.349.784-62 CNH Nº 04272334090 Validade 04/12/2022 Categoria AB  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_



8 - CONDIÇÕES DA VIA

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

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ÁRVORE

LUSTRES

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARTE DA PARALAMA, PAINEL QUE É  
 PINTURA CARO E QUERAS, REFLETOR  
 DA PONTA DA TAMPA DA  
 CARROCERIA



AVARIAS DO VEÍCULO 2

PARTE CARENAGEM DO JARROL, PAINEL  
 TAMBOR, CINTURÃO DE SEGURANÇA  
 (PROTEÇÃO) DO ESCAPE  
 CAVO ESCAPE  
 PARTES INTERNAS A  
 VERIFICAR



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SUBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. ABEL COELHO

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor PIRMO QUE TRANSITAVA NA AVA CITADA E FUI INICIAR A MANOBRA COM A SINALIZAÇÃO VERDE AVANÇO ATÉ 5 SEGUNDAS DEPOIS DO COMEÇO DA OUTRA VIA PASSAR, ESCUTEI UM BARRULHO NA TRASEIRA DO VEICULO CONFIRMEI QUE UMA MOTO FICOU COLADA E LIGUEI PARA O SAMU E O TRAFEGO.

Assinatura do Condutor do V1 Kelly Maria Nascimento do Nascimento

SUBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? \_\_\_\_\_

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_

Assinatura do Condutor do V2 \_\_\_\_\_

SUBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? \_\_\_\_\_

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_

Assinatura do Condutor do V3 \_\_\_\_\_

SUBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? \_\_\_\_\_

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_

Assinatura do Condutor do V4 \_\_\_\_\_







CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 51908 - DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA (37 a 7 m 15 d)

Nascimento: 15/03/1982

Natural: MOSSORO.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 706808735232621

CPF: 01034978462

Prof:

Mãe: MARIA DO SOCORRO COSTA DA SILVA

Pai: CARLOS JOSE DA COSTA E SILVA

Logradouro: SEU TAVARES, 6

CEP: 59619560

Bairro: ABOLICAO II

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.988214261

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

\*Empresa:

OBS: TRAZIDA PELO SAMU, EM PROTOCOLO.

Classificação:

30/10/2019 18:41:00

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	160 90		97		22	87			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISAO MOTO/CARRO (SIC) REFERINDO DOR NO TORAX, EM PUNHO E DEFORMIDADE E JOELHO E NA ALTURA DA TIBIA ESQUERDA.

Hora: 14:04

Paciente, vítima de colisão moto-carro há 30 minutos, em uso de capacet, retirado pelo mesmo. Nega perda de consciência e vômitos. Foi atendido pelo SAMU. Doente Diabético em uso de Metformina, Glimepirida, Insulina NPH

A - Vias aéreas patentes, S/C entredigito E - Dor no torax,  
 B - MV (+) em AAT, S/RA, Som claro Pulmonar Dor no punho esquerdo  
 C - Hemodinâmico, comente lateral Pulso presentes & Dor em mão E  
 D - ECG = 15, Pup. Isoconicas e fotorreguntas

Diagn. Inicial: Fratura / Fratura

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1) Boléto Torax de Torax Punho E, Joelho E		MOD E	
2) Tíbil 40mg CV, A 100		19:20	
3) Fome do traumatologista			
30.10.19 20:00h			
-> Coluna moto-carro			
Lesões de fratura platis fíbula			
" " pé direito @. cicatrizes / lesões acil / @			
-> Sd. Osteoart. + celulite			
colocar fôrma de gesso - punho e mão			
fôrma para punho @			

Manoel Fernandes da Silva - Ortopedia e Traumatologia - CRM-RN 2999

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

CID Proc. Data: / /19. Hr: : Médico: (Assinar e Carimbar)

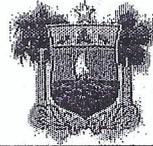
\*Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA em 30 de Outubro de 2019.

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SANE MOSSORO 19/10/2019

SAME / ARQUIVO

552.1 + 552.5  
04.09.05.054.3





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 **DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA** (Fia: 5714/2019), CPF:01034978462.

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, 30 de Outubro de 2019.

Mayara Leiselo Costa da Silva  
Paciente ou responsável

**CCIH - HRTM**

DATA 30/10/19

Kapela  
Assinatura

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.

DATA 30/10/19

[Assinatura]  
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 19/11/2019  
SAME / ARQUIVO BIA



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 DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA (8 - 5714/2019)		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 210364	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 706808735232621	8 - DATA DE NASCIMENTO 15/03/1982	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR PARDA
11 - NOME DA MÃE MARIA DO SOCORRO COSTA DA SILVA		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 84 988214261	10.1 - ETNIA
13 - NOME DO RESPONSÁVEL DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SEU TAVARES, 6 - ABOLICAO II			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MOSSORO	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 240800	18 - UF RN	19 - CEP 59619560

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Trauma do joelho nao tendão e parte mola.</i>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO <i>necessito cirurgia</i>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Exame ortopédico + imagem.</i>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA		24 - CID 10 PRINCIPAL S82.3	25 - CID 10 SECUNDÁRIO
26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 408050543	
29 - CLÍNICA CIR	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 2	31 - DOCUMENTO ( ) CNS (X) CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE 43793789420
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 30/10/2019	35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) <i>Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Quadril TEOT 1300</i>

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 (X) CNS ( ) CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR 980016001835565		51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) <i>CAPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTA CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORO 19/11/2019 SAME / ARQUIVO BLM</i>
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			



DATA: 08/11/2019

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

Nome: **DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA** 37 ANOS  
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 211-2  
DATA DA ADMISSÃO: 30/10/2019 MOSSORO-RN CODIGO: 51908

DATA	EVOLUÇÃO
Nºfraturas: 02	8º DIH COM FX DE PLATO TIBIAL E PUNHO ESQUERDO + DM + HAS  QP: PACIENTE SEM QUEIXAS  EFG: BEG, COTE, AAA, NORMOCORADO E HIDRATADO. EUPNEICO ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO. BNF AR: MV+ EM AHT. SRA. ABD: ATÍPICO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. RHA+ MSD: NEUROVASCULAR PRESERVADO MIE: SEM SINAIS DE TVP, NEUROVASCULAR PRESERVADO  SITUAÇÃO: FICHA DO SISREG PREENCHIDA – CIRURGIA MARCADA PARA DIA 08/11/19 AS 7 HRS NO WILSON ROSADO 30/10/19 HB 10,6 HT 31,7 LEUCO 9900 PLAQ 184,000 GLICOSE 170 UR 42 CR 0,8 RISCO CIRURGICO BAIXO  CD: CIRURGIA PROGRAMAD APARA HOJE NO HWR VPM

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ZERO	
2	SF0,9% 1500 ML EV PARA 24 HORAS	1 2 3
3	DIPIRONA 1G + 8 ML ABD EV 6/6 HORAS SN	SN
4	TRAMADOL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 HORAS SE DOR REFRATARIA	14 22 06
5	ENALAPRIL 10MG, 12/12H, VO	10 22
6	HGT 6/6H E ANOTAR NO PRONTUÁRIO	10 16 22 06
7	INSULINA REGULAR CONFORME PROTOCOLO, SC	
8	INSULINA NPH 20U PELA MANHA E 10U PELA NOITE, SC	
9	GLICOSE 50%, 40ML SE HGT<70, EV	
10	PASSIFLORA INCARNATA 260MG, 01CP, À NOITE, VO (COM FAMILIA)	
11	SSVV + CCGG	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO 15/11/2019  
BIM  
SAME / ARQUIVO





FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

30/10/19	± 19h
DATA DE ENTRADA	HORA

Nome do Usuário:* Diogo Alexandre Costa da Silva		Naturalidade Mossoró/RN	
Filiação* Carlos José da Costa e Silva Maria do Socorro Costa da Silva			
Estado Civil:* Divorciado	Data de Nascimento:* 15/03/1982	Idade: 37	Sexo: F <input checked="" type="checkbox"/>
Endereço:* Rua Ben Tavares			Nº 06
Bairro:* Abolição II	Cidade:* Mossoró/RN	Profissão: Moto	
Ponto de Referência:			
CNS - Cartão Nacional do SUS:* 7032046 99879397	CPF:* 050.349789-62	RG:* 001.856.979	
Telefone para contato:*			
Pessoa Responsável:* Maria do Socorro Costa da Silva A mãe		Grau de parentesco:	Telefone:* 98631-2914

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

CASA	<input checked="" type="checkbox"/>	PRÓPRIA	<input checked="" type="checkbox"/>	ALUGADA	<input type="checkbox"/>	CEDIDA	<input type="checkbox"/>	TELEFONE	<input type="checkbox"/>
ÁGUA	<input checked="" type="checkbox"/>	LUZ	<input checked="" type="checkbox"/>	TAIPA	<input type="checkbox"/>	ALVENARIA	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
NÚMERO DE PESSOAS QUE RESIDEM	3	CRIANÇA	<input type="checkbox"/>	ADOLESCENTE	<input type="checkbox"/>	ADULTO	<input checked="" type="checkbox"/>	IDOSO	<input checked="" type="checkbox"/>

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

CRACHÁ	<input checked="" type="checkbox"/>	REFEIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	NORMAS E ROTINAS	<input checked="" type="checkbox"/>	ORIENTAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>
MOTIVO DA INTERNAÇÃO:* Acidente Colisão moto/carro - Trauma de Joelho e aturadimento de Patela							
CLÍNICA	Cirurgica	LEITO	215-2				

Observações:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA  
 ESTA CONFORME O ORIGINAL  
 SAME MOSSORÓ 19/10/2019  
 B.M.  
 Data: 01/11/19  
 Ines Vieira  
 Assistente Social







Paciente: Luís Roberto de Almeida  
Idade: 37 Data: 08/11/18  
Convênio: SOS

### Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: Desobstrução de intestino fino por meio de laparoscopia

2. Cirurgia Secundária: -

3. Cirurgião: Dr. João Augusto CRM: \_\_\_\_\_  
 1º Auxiliar: Dr. Gustavo Bely CRM: \_\_\_\_\_  
 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
 Enfermeiro(a): Carmem COREN: \_\_\_\_\_

4. Anestesiista: Dr. João Augusto CRM: \_\_\_\_\_

5. Instrumentador: João COREN: \_\_\_\_\_

Carmem Josaura de Almeida  
Enfermeira  
COREN/RN 549.180

6. Tecido removidos:  Não  Sim Especificar: \_\_\_\_\_

7. Anátomo Patológico:  Não  Sim  
 Laudo:  Maligno  Benigno Dr.: \_\_\_\_\_

8. Classificação da Cirurgia:  Limpa  Potencialmente contaminada  
 Contaminada  Infectada

9. Contaminação Intra-operatória:  Não  Sim

10. Programação:  Efetiva  Urgência  Emergência

11. Trauma:  Não  Sim Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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  
Ortopédia e Traumatologia  
CRM/RN 6320

Assinatura Cirurgião: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
 Data: 08/11/18  
 Para anestesia local, informar:  
 Hora do Início do procedimento: \_\_\_\_\_ Hora do término do procedimento: \_\_\_\_\_



# FICHA DE ANESTESIA

**NOME** DIOGO ALVARO COSTA DA SILVA **DATA** 05/05/2020

**SERVIÇO** SUS **ANESTESISTA** MAYARA LUCAS DE M. COSTA **CIRURGIÃO** WILSON

**IDADE** 3 **SEXO** B **COR** B **PR. ART.** 130x80 **PULSO** 80 **TEMP.** 36,5 **ESTADO FÍSICO** 1 2 3 4 5 **PRÉ-ANESTÉSICO** ESM

**DIAGNÓSTICO** fratura do plavimto tibial

## OPERAÇÃO REALIZADA

**INÍCIO** 15:10 **TERMINO** 17:10 **DURAÇÃO** 2h **ROTINA**  **EMERGÊNCIA**  **EXTRA**

SpO <sub>2</sub>		ETCO <sub>2</sub>		HORA		OBSERVAÇÕES
<u>95-100</u>		<u>35-40</u>		<u>15:10 - 17:10</u>		
CÓDIGO		OBSERVAÇÕES				
ANESTESIA X	220	<u>1) Cefalotaxim 2g</u>				<u>2) NPOC</u>
OPERAÇÃO ●	200	<u>fratura do plavimto tibial</u>				<u>05/05/2020</u>
INTUBAÇÃO X ENDOTRAQUEAL	180	<u>1) D. 7.5</u>				<u>4) D. 7.5</u>
PRES. SISTOL. V	148	<u>120-140</u>				<u>0/2 gmm</u>
PRES. DISTOL. A	120	<u>80-100</u>				<u>Dor no p.</u>
PULSO. ◆	100	<u>80-100</u>				
RESP. ASSIST. -RA	60	<u>12-14</u>				
RESP. EXPONT. -RE	40	<u>12-14</u>				
RESP. CONTR. -RC	20	<u>12-14</u>				
POSIÇÃO		<u>DE</u>				<b>Soro</b> <u>1/2 1000</u>
						<b>Sangue</b> <u>1/2 1000</u>
						<b>Outros</b> <u>-</u>

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

**AGENTES EMPREGADOS**

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

*[Handwritten signature]*  
 gen. [unclear] [unclear]  
 66336



PACIENTE: I222800-DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

IDADE: 37 A,8 M,24

SUS

ENFERMARIA: 209-AP 209

LEITO:209-02

ADMISSÃO: 08/11/2019

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

08/11/2019 - 18:12:30

DIETA LIVRE

*Jfs* *excesso* *de* *medicação.*

SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00FR	IV	08/08H		22 06
CEFALOTINA 1 G	1,00FA	IV	06/06H	+ ABD - sala ✓ 15:10	22 04
CLEXANE 40MG / 0,4 ML	1,00SER	SC	1X DIA		22 04
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	06/06H	+ ABD - CRO ✓ 17:00	24 06
TRAMAL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H	+ SF 0,9% 100ML	24 08
TENOXICAN 20MG PÓ LIÓFILO P/SOLUÇÃO INJETÁVEL	1,00FRAMFIV		12/12H	+ ABD - CRO ✓ 18:00	06
NAUSEDRON 8 MG / 4 ML	SN	1,00AMP	IV	+ ABD	SN
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00FA	IV	1X DIA		04

*SOU + MGS. Retena*

6320 - RAPHAEL MACHADO GONCALVES

OLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



# FRATURA DE TIBIA .

1.	DIETA LIVRE	
2.	SF 0,9% 500ML EV DE 12\12H	14 (02)
3.	DIPIORNA 1G + ABD EV DE 6/6H	12 (18) (24) (06)
4.	TILATIL 40MG + 100ML SF 0,9% EV , 1XDIA ( suspenso )	Suspensão
5.	TRAMAL 50MG + 100ML SF 0,9% EV DE 8\8H, SE DOR	3x
6.	CEFALOTINA 1G EV DE 6\6H	10 (06) (22) (04)
7.	CURATIVO DIARIO	OK
8.	SSSVV + CCGG	Ativa
09.	ALTA HOSPITALAR	OK
10.		
11.		
12.		
13.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

**Paciente evolui em BEG, sem queixas.**

**FO em bom aspecto, neurovascular sem alteração.**

**Conduta: ALTA HOSPITALAR**





HOSPITAL  
WILSON ROSADO

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**

22800 - DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

Data da internação: 08/11/2019 - 08:47:00

Sexo: M

Idade: 37 A, 8 M, 24 D

Ortodoxia: SUS

Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 209-02

11/2019

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

140:00

TRANSFERIDO PACIENTE PARA O CENTRO CIRURGICO EM MACA ACOMPANHADO DE MAQUEIRO E PFAMILIAR. - PA: TAX: 0,009 F.C.:0 F.R.: 0  
Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O<sub>2</sub>: 0 FI O<sub>2</sub>: 0 Ventilação: Decúbito:

BARBARA LIGIA  
MIGUEL DA COSTA

Barbara Ligia Miguel da Costa  
Téc. Enfermagem  
COREN - RN 1371860



222800 - DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

Data da internação: 08/11/2019 - 08:47:00

Sexo: M

Idade: 37 A, 8 M, 24 D

Convênio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 209-02

8/11/2019

Assinatura

Temp FC FR Glicemia

PA 36,30 97 20 0

<p>9:00:00 ADMITO PACIENTE NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 37 ANOS, PROVENIENTE DO HRTM, EM MACA, ACOMPANHADO DE MAQUIEIRO E FAMILIARES. PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: TRATAMENTO DE FRATURA DO PLANALTO DA TIBIA, COM TALA IMOBILIZADORA EM MIE. NEGA: HAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA. ADIRMA: DM, FAZ USO DIÁRIO DE METFORMINA E GLIMPERIDA. RECEBO CONSCIENTE. ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, COMUNICATIVO. EM JEJUM PARA CIRURGIA. AOS SSVV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNÉICO EM AA (SPO2: 94%), ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA &lt;2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICIAIS PRESENTES. FOI PUNÇIONADO EM AVP, VIABILIZANDO HV, LIVRE DE EDEMAS. SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATORIA. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. PACIENTE TOMOU BANHO NO LETO COM CLOREXIDINA DEGERMANTE. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. AGUARDA CIRURGIA.</p>	<p>THATIANE MICHELLE FREITAS DE</p>	<p>Thatiane Michelle F. de Souza Enfermeira COREN-RN 243343</p>
--	-------------------------------------	---





Paciente: Diego Alexandre Costa da S Idade: 37 Registro: 448529  
 Setor: CC Médico: Dr. Raphael Enferm./Leito: CC

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
08.11.19	13:45	Paciente recebida no CRO vindo do posto 2, acompanhado de maculeiro em maca, consciente e orientado, verbalizando suas necessidades, com AVP no MSD em funcionamento, segue em jejum para realizar procedimento cirurgico com Dr. Raphael, nega HAS, A, e anemia DM, e segue aos cuidados	Cheila Maria de Souza COREN-RN 1408/02-TE
	15:00	da equipe de enfermagem → Pte recebida em S.O	
	15:30	juicio da aus lesio praque feito e / Pte mani- toizado.	Ezilda de O TÉC. DE ENF. COREN-RN
	15:40	Juicio da cirurgia e / Dr. Raphael + Equipe	
	17:10	Termino da cirurgia, que lizado lenitivo, e / interconsulta Sistema P / CRO ficando em Obs.	Ezilda de O TÉC. DE ENF. COREN-RN
	17:15	Recebo paciente no CRO vindo do S.O, acompanhado da equipe de enfermagem, consciente, porém sob efeito amestésico, e segue em observação.	Cheila Maria de Souza COREN-RN 1408/02-TE
08/11/19	18:00	Foi administrado Dupirona + ABD, + enoxicam + ABD, con- forme prescrição medica e segue aos cuidados da equipe de enfermagem.	Cheila Maria de Souza COREN-RN 1408/02-TE
08/11/19	19:30	Paciente transferida para o pos- to 2, acompanhado de maculei- ro e seus familiares em ma-	





**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**222800 - DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA**

Data da internação: 08/11/2019 - 08:47:00

Sexo: M

Idade: 37 A, 8 M, 24 D

Convênio: SUS

Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Leito: 209-02

08/11/2019

PA Temp FC FR Glicemia  
0:00 100+70 36,00 58 23 0

Assinatura

RECEBO PACIENTE DO SEXO MASCULINO, EVOLUINDO EM EG E INTERNADO NESTE SETOR DO POSTO 2, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, EUPNEICO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, BEM PERFUNDO, TORAX SIMÉTRICO COM BOA EXPANSIBILIDADE, ABDOME FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO, EM USO DE AVP NO MSD VIABILIZANDO HV E COM CURATIVO LIMPO EM F.O NO MIE, ELIMINAÇÕES VESICAIS PRESENTE E FICA AOS CUIDADOS DE TODA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

ELICLEIDE  
ANDRADE DA  
COSTA CALIXTO

  
Elicleide Andrade da C. Calixto  
Enfermeira  
COREN-RN 330616



ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

22800 - DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

Data da internação: 08/11/2019 - 08:47:00

Sexo: M

Idade: 37 A,8 M,24 D

Ornamento: SUS

Unidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Leito: 209-02

Profissional

Assinatura

11/2019

Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, Fi. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: , Decubito: ADMINISTRADO DIPIRONA 500MG/ML 2ML 1 AMP IV, + ABD, TRAMMAL 50MG/ML 2ML 1 AMP IV, + SF 0,9% 100ML CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.

Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, Fi. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: , Decubito: ADMINISTRADO CEFALOTINA 1G 1 FA IV, + ABD, OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL 1 FR IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.

Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, Fi. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: , Decubito: REALIZADO SF 0,9% - 500ML 1 FR IV, + DIPIRONA 500MG/ML 2ML 1 AMP IV, + ABD, TENOXICAN 20MG PÓ LIOFILO P/SOLUÇÃO INJETAVEL 1AMP IV, + ABD, REALIZADO CURATIVO NO MIE CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.

11/2019

Pa.: 120X80, Temp.: 35,4, FC.: 85, FR.: 20, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 94, Fi. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: , Decubito: RECEBO PACIENTE DO SEXO MASCULINO PROVENIENTE DO CRO CONSCIENTE ORIENTADO EM 02 AMBIENTE, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, ACEITA DIETA VO, COM AVP MSD VIABILIZANDO HV + TERAPIA MEDICAMENTOSA, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, EUPNEICO, COM DIURESE PRESENTE EVACUAÇÃO AUSENTE SEM QUEIXA E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.

Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, Fi. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: , Decubito: REALIZADO SF 0,9% - 500ML 1FR IV + CEFALOTINA 1G 1 FA IV, + ABD CLEXANE 40MG/0,4 ML 1 SER SC CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.

Profissional	Assinatura
VALERIA	<i>Ana Valéria Vieira</i> Téc. Enfermagem COREN - RN 1357475
VALERIA	<i>Ana Valéria Vieira</i> Téc. Enfermagem COREN - RN 1357475
VALERIA	<i>Ana Valéria Vieira</i> Téc. Enfermagem COREN - RN 1357475
VALERIA	<i>Ana Valéria Vieira</i> Téc. Enfermagem COREN - RN 1357475



**ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**

**2222800 - DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA**

Data da Internação: 08/11/2019 - 08:47:00 Sexo: M Idade: 37 A,8 M,24 D

Convenio: SUS Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 209-02

08/11/2019

	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
0:00:00 RECEBO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, AO EXAME: AFEBRIL, EUPNEICO EM O2 AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, COM AVP EM MS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. ADMINISTRADO 1 AMP DE TRAMAL DILUIDO EM 100 ML DE SF0,9%, CONFORME PRESCRIÇÃO. - PA:111X70 TAX: 36,00º F.C.:68 F.R.: 21 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 98 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:	PAULA GABRIELE DA MOTA	Paula Gabrielle da Mota Téc. Enfermagem COREN – RN 1130449	
2:00:00 ADMINISTRADO 1G DE CEFALOTINA DILUIDO EM ABD CONFORME PRESCRIÇÃO. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:	PAULA GABRIELE DA MOTA	Paula Gabrielle da Mota Téc. Enfermagem COREN – RN 1130449	
2:00:00 ADMINISTRADO 1 AMP DE DIPIRONA DILUIDO EM ABD, CONFORME PRESCRIÇÃO. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:	PAULA GABRIELE DA MOTA	Paula Gabrielle da Mota Téc. Enfermagem COREN – RN 1130449	





**ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**

**22800 - DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA**

Data da internação: 08/11/2019 - 08:47:00      Sexo: M      Idade: 37 A,8 M,24 D  
 Orçamento: SUS      Orçamento: 209-02      Leito: 209-02

11/2019

	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
00:00	RECEBO PACIENTE EM SEU LEITO, EM ESTADO GERAL ESTAVEL, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM O2 AMBIENTE, COM FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, COM AVP VIABILIZANDO HV + TERAPIA MEDICAMENTOSA, PORÉM SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO, DIETA POR VO, AO EXAME: NORMOCARDICO, NORMOTENSO, EUPNEICO, AFEBRIL, E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. - PA:120X80 TAX: 36,00º F.C.:88 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 98 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:	BRENNNA MAKKENNY CORREIA	Brenna Makkenny S. da L. Silva Téc. Enfermagem CORREIA - RN 1261784
00:00	ADMINISTRADO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA, SF 0,9% 500 ML IV., - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:	BRENNNA MAKKENNY CORREIA	Brenna Makkenny S. da L. Silva Téc. Enfermagem CORREIA - RN 1261784
10:00	APÓS VISITA MEDICA, PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR, RETIRADO AVP, E SEGUE DE CADEIRA DE RODAS E AOS CUIDADOS DOMICILIAR. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:	BRENNNA MAKKENNY CORREIA	Brenna Makkenny S. da L. Silva Téc. Enfermagem CORREIA - RN 1261784







**CHECK-LIST PARA SEGURANÇA DO PACIENTE**

Paciente: Diego Alexandre Costa da Silva Idade: 37  
Convênio: SUS Data: 08/11/19

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
Paciente identificado?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Providenciada a identificação
A identificação está legível?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Identificação substituída
Contém duas ou mais informações?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Inserida mais informações
Classificação de risco identificada?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		INTERVENÇÃO
Paciente é alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SABE INFORMAR	Medicações que refere alergia:
Se alérgico, está identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> IDENTIFICADO
As medicações estão identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> IDENTIFICADAS

RISCO DE QUEDAS		INTERVENÇÃO
Verificado risco de quedas?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado o risco
Paciente/Acompanhante orientado sobre o risco de quedas?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Orientação realizada
As grades do leito estão elevadas?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Grades elevadas

RISCO DE INFECÇÃO		INTERVENÇÃO
Realizada higiene das mãos antes de abordar paciente?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Mãos higienizadas
Solução alcoólica disponível?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Soluções alcoólica disponível

RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO		INTERVENÇÃO
Apresenta risco para úlcera por pressão?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado
Sinalizado o grau de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sinalizado o grau de risco na Escala de Braden**
Apresenta lesão por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrado grau da lesão Lesão de Grau _____

RISCO CIRÚRGICO		INTERVENÇÃO
Paciente em pré-operatório?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
Paciente em jejum?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/>

\*NSA - NÃO SE APLICA

\*\* ESCALA DE AVALIAÇÃO DE BRANDEN EM ANEXO NESTE IMPRESSO

Enfermeiro (a): Thaiane Miguêle F. de Souza COREN: \_\_\_\_\_

Thaiane Miguêle F. de Souza  
COREN RN 213.343-5/15



## AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO

ESCALA DE BRADEN	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	4 PONTOS	PONTOS
<b>PERCEPÇÃO SENSORIAL</b> Capacidade de responder a pressão do desconforto	Totalmente limitado <input type="checkbox"/>	Muito limitado <input checked="" type="checkbox"/>	Levemente limitado <input type="checkbox"/>	Nenhuma limitação <input type="checkbox"/>	2
<b>UMIDADE:</b> exposição da pele	Totalmente úmida <input type="checkbox"/>	Muito úmida <input type="checkbox"/>	Ocasionalmente úmida <input checked="" type="checkbox"/>	Raramente úmida <input type="checkbox"/>	3
<b>ATIVIDADE</b>	Acamado <input checked="" type="checkbox"/>	Restrito à cadeira <input type="checkbox"/>	Caminha ocasionalmente <input type="checkbox"/>	Caminha frequentemente <input type="checkbox"/>	1
<b>MOBILIDADE:</b> habilidade de controlar posições	Completamente imobilizado <input type="checkbox"/>	Muito limitado <input type="checkbox"/>	Levemente limitado <input checked="" type="checkbox"/>	Nenhuma limitação <input type="checkbox"/>	3
<b>NUTRIÇÃO:</b> Ingestão alimentar	Muito Pobre <input type="checkbox"/>	Provavelmente inadequado <input type="checkbox"/>	Adequado <input checked="" type="checkbox"/>	Excelente <input type="checkbox"/>	3
<b>FRICÇÃO E CISCALHAMENTO</b>	Problema <input type="checkbox"/>	Problema em potencial <input checked="" type="checkbox"/>	Nenhum problema <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
<b>PARÂMETROS</b>	<b>23-19</b> sem risco	<b>18-15</b> risco leve	<b>14-13</b> risco moderado	<b>&lt; ou = 12</b> risco elevado	<b>TOTAL</b> 14

Enfermeiro (a): \_\_\_\_\_

Thaiane Michele F. de Souza  
COREN-RR 243.343-ENE

COREN: \_\_\_\_\_





SAMU  
MOSSORÓ  
192

Prefeitura Municipal de Mossoró  
Secretaria Municipal da Saúde  
SAMU MOSSORÓ 192

**DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 716**

Mossoró 04 de Dezembro de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA, 37 anos.**

**Natureza da Ocorrência:** Acidente Automobilístico: Colisão Carro x Moto

**Data da Ocorrência:** 30/10/2019

**Local da ocorrência:** Avenida: Abel Coelho, Abolição II prox. a SOMAR

**Viatura:** Bravo – Unidade de Suporte Básico de Vida - 02

**Hora do Chamado:** 18h 08min.

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

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Mayara Cibele Costa da Silva, 33 anos**, portador de **RG: 002.367.268.**  
Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO  
DIRETORA ADM / SAMU  
MAT. 58682-1

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

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

**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](mailto:samumossoro@hotmail.com)





**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTERIO DAS CIDADES**

**DETRAN - RN**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO**

VIA 2  
 COD RENAVAM 01088882622  
 RNTRC \*\*\*\*\*

EXERCICIO 2019

NOME: DAYSE VIVIANE OLIVEIRA DE OLIVEIRA

PLACA: 071.974.184-02  
 QGHR872

PLACA INT/UF: QGHR872/RN

CHASSI: 9C37C69J0GR201716

COMBUSTIVEL: GASOLINA

ESPECIE TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA

ANO FAB: 2016  
 ANO MOD: 2016

CATEGORIA: PARTICULAR

COR/PREDOMINANTE: PRETA

VENÇ. COTA UNICA: 12/03/2019

VENÇ. COTAS: 1º PAGO

PARCELAMENTO/COTAS: 2º PAGO  
 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0,00  
 IOF (R\$): 0,00

PREMIO TOTAL (R\$): 0,00

TAXAS DETRAN: PAGO

DATA DE PAGAMENTO: 07/06/2019

OBSERVAÇÕES:

MOTOR: 69062016080 DEPORTE OBRIGATORIO  
 NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

MOSSORO/RN

DATA: 07/06/2019

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE JOU PORSU/CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NA OZ SEGURO DPVAT**

**RN Nº 014374755779** **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO 2019  
 DATA EMISSÃO 10/06/2019

VIA 2  
 OPF / CNBU: 071.974.184-02  
 PLACA: QGHR872

RENAVAM: 01088882622  
 MARCA/MODELO: HONDA/CG 125I FAN

ANO FAB: 2016  
 ANO INFR: 9  
 Nº CHASSI: 9C37C69J0GR201716

**PRÊMIO TARIFARIO**

FNS (R\$):  
 DENAT/RN (R\$):  
 CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$):  
 IOF (R\$):  
 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$):

PAGAMENTO:  PARCELADO  COTA UNICA

DATA DE QUITAÇÃO:

**A LÍDER - DPVAT**  
 088.008/0001-04

Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200112013**

**Vítima: DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA**

**Data do Acidente: 30/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DO SOCORRO COSTA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DIOGO ALEXANDRE COSTA DA 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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000560**

Conta: **00000157348-6**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

Processo nº: 0806487-31.2020.8.20.5106

AUTOR: DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

### DESPACHO

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

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

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

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida (CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para realização da perícia, devendo a parte autora ser intimada pessoalmente para comparecer ao ato. **Saliente-se que, caso a parte autora não compareça à perícia, NÃO será concedida oportunidade de reaprazamento de perícia por ausência injustificada, culminando assim na preclusão da prova pericial e no consequente julgamento do mérito.**

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

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

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

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

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 6 de maio de 2020.

**DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE**

JUÍZA DE DIREITO EM SUBSTITUIÇÃO LEGAL  
(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)



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

Processo nº: 0806487-31.2020.8.20.5106

AUTOR: DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

### DESPACHO

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

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

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

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida (CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para realização da perícia, devendo a parte autora ser intimada pessoalmente para comparecer ao ato. **Saliente-se que, caso a parte autora não compareça à perícia, NÃO será concedida oportunidade de reaprazamento de perícia por ausência injustificada, culminando assim na preclusão da prova pericial e no consequente julgamento do mérito.**

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

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

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

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

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 6 de maio de 2020.

**DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE**

JUÍZA DE DIREITO EM SUBSTITUIÇÃO LEGAL  
(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)