

# 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: 31/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00036-1

CONTA: 000000099673-4

---

Nr. da Autenticação E2B23B7F80A9927C

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190441336 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA **Data do acidente:** 30/01/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO OLECRANO DIREITO. P7

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P5  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO COTOVELO DIREITO.

**Documentos**

**complementares:**

**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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 38998 /2019

Admissão: 30/01/2019 17:59:49

OK

## CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 31441 - ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA (39 a 1 m 27 d)

Nascimento: 03/12/1979

Natural: MOSSORO.BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 706203527181166

CPF: 01122845405

Prof:

Mãe: MARIA JOSE DO NASCIMENTO LEMOS

Pai: FRANCISCO DE ASSIS LEMOS

Logradouro: DOUTOR PEDRO CIARLINE, 215

CEP: 59625100

Bairro: ALTO DE SAO MANOEL

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.88315841

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

\*Empresa:

OBS:

Classificação:

30/01/2019 17:57:26

PESO:

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

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISÃO MOTO/CARRO(SIC), DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM MSD, ESCORIAÇÕES

Hora: \_\_\_\_\_

Acidente de trânsito.  
Refere dor no cotovelo "D"

limite de

lesão eqv. post. por do cotovelo

- 2/2019

→ lesão post. por

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO 14/01/19

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
22 JUL 2019  
TERRA DO SOL ADM  
E CORRETORA DE SEGS.

Diagn. Inicial:

Politeuma

SAME/ARQUIVO

## PRESCRIÇÃO:

VIA HORARIO ASSINT.

1. Antibiótico - 40mg - 2x/dia		
2. Analg - do ortopedico		
3. AT - 1mg/10ml 1x/dia		
4. Cetarolofina 10mg (100) 6.6x		
5. Ureol		
6. 10 - 100mg 1x/dia		
7. 10 - 100mg 1x/dia		
8. 10 - 100mg 1x/dia		
9. 10 - 100mg 1x/dia		
10. 10 - 100mg 1x/dia		

04.08.0204/15

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

CID Proc.

Data: / /19. Hr: :

Médico:

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

(Assinar e Carimbar)

RECEBIDO  
UNIDADE DE ATENDIMENTO  
CIRURGIA 30/01/2019

5520

Prontuário: **205817**



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

**PERMISSÃO**

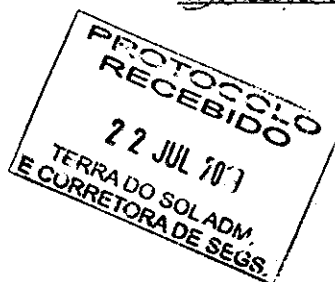
O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA** (Fia: **536/2019**), CPF:01122845405.

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 Janeiro de 2019.

Erica do Nascimento Silva Rocha

Paciente ou responsável



**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

ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA (8 - 536/2019)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

205817

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706203527181166

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/12/1979

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA JOSE DO NASCIMENTO LEMOS

DDD

84

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

88315841

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA

DDD

84

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

88315841

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DOUTOR PEDRO CIARLINE, 215 - ALTO DE SAO MANOEL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MOSSORO

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

240800

18 - UF

RN

19 - CEP

59625100

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Pacient. com fratura do cubito e  
olecrânio. Opert. pront. for.*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CÚBITO [ULNA]

24 - CID 10

PRINCIPAL

S52.0

25 - CID 10

SECUNDÁRIO

26 - CID 10

CAUSAS ASSOC.

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFISE PROXIM

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

408020415

29 - CLÍNICA

CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

31 - DOCUMENTO

( ) CNS

(X) CPF

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

04875138431

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

KEILERTE RENES GURGEL PAIVA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

30/01/2019

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

(X) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
**Admissão de Internamento Hospitalar**

Nº FIA: 536 /2019

Prontuário: 205817

Paciente: 31441 - ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA

Cartão SUS: 706203527181166

CPF: 01122845405

Dt Nasc: 03/12/1979

Idade: 39 anos 1 mes 27 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA JOSE DO NASCIMENTO LEMOS

Nome do pai: FRANCISCO DE ASSIS LEMOS

Rua/Av: DOUTOR PEDRO CIARLINE

Nº: 215

Bairro: ALTO DE SAO MANOEL

Complemento:

CEP: 59625100

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84 88315841 84 88315841

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Unidade: CENTRO  
CIRÚRGICO

Leito: 1. 8

Responsável: ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA -

Usuário: FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS

Admissão: 30/01/2019 19:41:54

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S52.0 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CÚBITO [ULNA]  
408020415 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

**RESUMO DE ALTA**

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTA CONFORME ORIGINAL  
SAME MOSSORO  
SAME ARQUIVO

MOSSORO, 30 de Janeiro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Everson de Nogueira Gomes Reg N° 5400

Diagnóstico pré-operatório: hernia abdominal - apert

Indicação terapêutica: coeliotomia

INTERVENÇÃO

Início: 14h30 Fim: 16h30 Duração: 2h

Operador Ulisses

1ª Auxiliar: Carla

2ª Auxiliar:

3ª Auxiliar:

Instrumentador: Leandro

Anestesista: Leandro

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ  
SAMARQUINO

INTERVENÇÃO

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

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

- Paciente em DXE nos 04 membros

- Recebido receituário

- Sinais vitais

- Alteração de estado

- Depressão

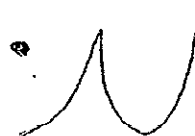
- Sinais

- Sinais por via

- Cúrativo

30

19



Atendimento	1018612
Data:	26/04/2019
Hora:	8:30

## BOLETIM DE ADMISSÃO

Nº AIH
CRISTINA

192596 - ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA

CASADO(A) - Sexo: FEMININO - 03/12/1979 - 39 A, 4 M, 23 D

CPF: 011.228.454-05

RG: 002703409

CNS: 706203527181166

Convênio: SUS

Leito: CR01-02

Enfermaria: CR01 - CENTRO CIRURGICO 1

Endereço: PEDRO CIARLINE, Nº 215 - CEP: 59600-010

Bairro: ALTO SAO MANOEL

Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORO/RN

Profissão:

Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Pai: FRANCISCO DE ASSIS LEMOS

Mãe: MARIA JOSE DO NASCIMENTO LEMOS

Naturalidade: MOSSORO

Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA

Procedimento Solicitado: 0408020547-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO - S520 - FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO CUBITO

Diagnostico Definitivo:

Acomodação:

~~209~~ . 209.

Médico: 6320 - RAPHAEL MACHADO GONCALVES

Carteira:

Validade: 30/12/1899

Autorização:

Senha:

Guia:

HOSPITAL WILSON ROSADO  
Convênio: SUS.  
( ) Com 03 Refeições  
(X) Sem Refeições  
Acomodação:

### Resultado

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido:

### História Clínica

Enfermos 1º por trauma de pulso + lesão de pele e exames  
CER + exames de sangue.

→ Elisayane Nascimento Silva

Joalison da Silva Barbosa  
COREN/RN 74.629-E

Diagnóstico Provável

Erica do Nascimento Lemos Silva  
RESPONSÁVEL

Eduardo C. L. R. Medeiros  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Quadril  
RAPHAEL MACHADO GONCALVES





HOSPITAL  
WILSON ROSADO

Paciente: GUILLA DO NASCIMENTO LEAO  
Idade: 39 Data: 26/04/19  
Convênio: SUS

## Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: Pré e Pós-Operatório  
2. Cirurgia Secundária: \_\_\_\_\_  
3. Cirurgião: Gustavo Soares CRM: Dr. Gustavo M. Soares  
1º Auxiliar: X CRM: Ortopedista e Traumatologia  
2º Auxiliar: X CRM: Cirurgião  
Enfermeiro(a): \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
4. Anestesista: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_  
5. Instrumentador: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
COREN: \_\_\_\_\_

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

Assinatura Cirurgião: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Data: 26/04/19

Para anestesia local, informar:

Hora do Início do procedimento: \_\_\_\_\_ Hora do término do procedimento: \_\_\_\_\_



HWR

OPERAÇÃO REALIZADA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA LUXAÇÃO DO							
COTOVELO 0408020347							
INÍCIO 16:45		TERMINO 18:30		DURAÇÃO		ROTINA	EMERGÊNCIA EXTRA
16:45		18:45		18:45		X	19:45
SpO <sub>2</sub>							

[illegible]

Soro
Sangue
Outros

# JOT 7,00 BALONET#  
 ARAMADO C/ BOLIGIE  
 SISTEMA CIRCULAR VALV-  
 OBITO  
 LADO C/ ABSORVEDOR DE  
 CO2

27. April 1966  
ERM-RN 6669



HOSPITAL  
WILSON ROSADO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: GRICA DO NARCISO Idade: 39  
Reg. Geral: 192596 Convênio: GRU Unidade/Leito: 202-29  
Clínica: Cirurgia Data: 26/04/19

Evolução Médica

Do Fim de Orelha

Prescrição Médica

Apazamento

Duch Liche

SINAM VITALI

STQ 9x 1500ml a 24h

KETUM 1/2 a 6/6h

INJURIA 100% a 8/8h

DIANET 140 a 6/6h

1/2 com água

OK

Rotina

24

08

16

~~PSO~~

16/45

24

04

10

~~PSO~~

20:00

04

12

~~PSO~~

16/45

24

04

10

D. Gustavo M. Soares  
Ortopedista e Traumatologia  
Cirurgião  
CRM. 5410

Medicação administrada por:

M

T

N

1.	Dieta oral LIVRE	
2.	Cefalotina 1g ev de 6\6h	
3.	SF 0,9% - 1.000ml EV, 24H	10 <sup>o</sup> (16) (22) (04)
4.	Dipirona, 01 amp + ABD, EV, DE 6\6h	08 <sup>o</sup> (20)
5.	Tilatil 20mg + ABD, EV, 12/12h	10 <sup>o</sup> (6) (22) (04)
6.	Tramal 100mg + 100ml SF0,9%, EV, DE 8/8h se dor forte	(2) (22)
7.	Nauseadron, 01 amp + ABD, EV, DE 8/8h SN	SN
8.	Omeprazol 40 mg + ABD, EV, 1 X DIA	SN
09.	Curativo diário	(06)
10.	SSVV + CCGG	(06)
11.	Alta hospitalar	OK
19.		OK
20.		
21.		

*Eduardo C. L. R. Medeiros*  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Quadril  
CRM-6439/RN - TEOT 13540

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

- P.O de retirada de osteossintese olecrano direito  
Alerta, consciente. Neurovascular preservado. Uso de tipoia

**Cd: Alta hospitalar**

*Eduardo C. L. R. Medeiros*  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Quadril  
CRM-6439/RN - TEOT 13540

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

**1018612 - ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA**

Data da internação: 26/04/2019 - 08:30:00

Sexo: F

Idade: 39 A, 4 M, 23 D

Convênio: SUS


Clinica: ORTOPEDIA CIRURGICA Leito: 202-09

**26/04/2019**

Hora	PA	Temp	FC	FR	Glicemia
08:40:00	120X80	36,00	77	20	0

08:40:00 ADMITO PACIENTE DO SEXO FEMININO 39 ANOS DE IDADE, NESTE SETOR POSTO 2, CONCIENTE ORIENTADA EM TEMPO E ESPAÇO, EM O2 AMBIENTE. VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM JEJUM. INTERVADA PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPEDICO, DE FRATURA DE EXTREMIDADE DE SUPER DO CUBITO. SIC: NEGA HAS+DM+AM. EVOLUINDO COM SEU ESTADO GERAL ESTÁVEL. SINAIS VITAIS: EUPNEICA, NORMOTENSA, NORMOCARDICA E AFEBRIL. AO EXAME FÍSICO, PELE ÍNTEGRA E HIDRATADA, COURO CABELUDO PRESERVADO, NORMOCORADA, ANICTÉRICA, ACIANÓTICA, LINFONODOS NÃO PALPÁVEIS. COM AP: MVP, TÓRAX SIMETRICO. AC: BNF EM 2T, SEM SOPRO. ABD: ABDOMEN PLANO E FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. RH+: DIMINUIDO EM BASE, AUSCULTA CARDÍACA BNF EM 2T, ABDOMÊN PLANO. PUNÇIONADO AVP, VIABILIZANDO HV. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS VESICAIS E INTESTINAIS. SEGUE SEM QUEIXAS E AGUARDA CIRURGIA.

RIVANILO DE  
ALBUQUERQUE  
FERNANDES

  
Rivalilo de Albuquerque Fernandes  
COREN/RN - 574.629 - ENF.



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

**HOSPITAL  
WILSON ROSADO**

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

**1018612 - ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA**

Data da internação: 26/04/2019 - 08:30:00      Sexo: F      Idade: 39 A, 4 M, 23 D  
Convenio: SUS  
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA      Leito: 202-09

26/04/2019

Anotação

Técnico(a)

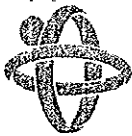
Assinatura

13:20:00

TRANSFIRO PACIENTE PARA O CC, ACOMPANHANDO DO MAQUEIRO DE CADEIRA DE RODAS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, SEGUE COM ROUPA CIRÚRGICA, TOCA E PROPÉS, FICA AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. - 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:

BRENNA MAKKENIN  
CORREIA

BRENNA MAKKENIN L. de LIMA SILVA  
Técnico de Enfermagem  
COREN 001261784



HOSPITAL  
WILSON ROSADO

Paciente: Erica do Nascimento Lemos Idade: 39 Registro: 192596  
Setor: Cirurgico Médico: DR. Raphael Enferm./Leito: CU

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
26/04/19	13:25	Recebo paciente no leito do posto 2, acompanhada por mãe no em. de cuidados de rotina, orientada, verbalizando seus medos e ansiedades em O2 ambiente com A/P em M50 mobilizado, mega AM, HAS, DM. segue em repouso e cuidados da equipe de enfermagem.	
26/04/19	16:30	Paciente transferida do bloco P/ S.O.	
	16:45	Início do anestésico geral feito p/ DR. Alex e P/O monitorizado.	
	17:00	Início do cirúrgio p/ DR. Justino + Equipe.	
26/04/19	18:30	Termino do procedimento, analizado curativo, estubos e aspirado p/b, S/intercorrências até o P/O ficando em CB1 da Enfermagem.	
26/04/19	18:35	Recebo paciente no bloco leito da S.O. consciente, orientada, O2 por M.V. a 50%, A.V.P. mobilizando M.V., sem queixas F.O. com a Zila aos cuidados da enfermagem.	
26/04/19	22:00	Paciente transferida para o posto em maca, consciente e orientada, O2 ambiente, med. Onda, conforme condutas médicas, segue aos cuidados de enfermagem.	

Gizeanne Maria da S. Lima  
COREN-BR 1247466-TEC

Paula de Q. Oliveira  
T.E.C. DE ENFERMAGEM  
COREN 197095

Paula de Q. Oliveira  
T.E.C. DE ENFERMAGEM  
COREN 197095

Tec. Enf. Luiz  
Marcelo de O.  
Toures  
345426

Madureira 598997

# ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

1018612 - ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA

Idade: 39 A, 4 M, 23 D

Sexo: F

Data da internação: 26/04/2019 - 08:30:00

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 202-09

Profissional Assinatura

27/04/2019

0:00	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 TROCA DE 500 ML DE S F 0,9%, EV, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.	ROSEMARY	<i>Rosemary Roberto da S. Alves</i> COREN/RN 558.424 - TE
4:00	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 1 FRASCO DE KEFLIN 1G + ABD, EV, 1 AMPOLA DE DAPIRONA + A BD, EV, 1 AMPOLA DE TRAMAL 100MG + 100 ML DE S F 0,9%, EV, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.	ROSEMARY	<i>Rosemary Roberto da S. Alves</i> COREN/RN 558.424 - TE
6:00	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 TROCA DE CURATIVO EM FO.	ROSEMARY	<i>Rosemary Roberto da S. Alves</i> COREN/RN 558.424 - TE

26/04/2019

22:10	Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O <sub>2</sub> : 97, Fi. O <sub>2</sub> : 0, Ventilação: , Decubito: RECEBO PACIENTE VINDO DA SO, DE MACA, EM COMPANHIA DO MAQUEIRO + FAMILIARES, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSA, NORMOCARDICA, EM AVP NO MSE, DIURESE AUSENTE, COM CURATIVO NO MSD, SEM QUEIXAS, SEGUÊ AOS CUIDADOS DA EQUIPE.	ROSEMARY	<i>Rosemary Roberto da S. Alves</i> COREN/RN 558.424 - TE
22:15	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 1 FRASCO DE KEFLIN 1G + ABD, EV, 1 AMPOLA DE DAPIRONA + ABD, EV, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.	ROSEMARY	<i>Rosemary Roberto da S. Alves</i> COREN/RN 558.424 - TE





## PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Paciente: Luciano Nascimento Lima  
Clínica: \_\_\_\_\_

**Clínica:**

**Cuidados Especiais:**

Enf.:

Leito:

Visto Enfermeiro

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima:

033.228.454-05

Erica do Nascimento L. 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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Erica do Nascimento L. Silva

033.228.454-05

Doméstica

Rua Doutor Pedro Clarline

235

Casa

Mojo de São Manoel

Morroso

W

59625-100

Naõ Porru

(84) 99827-0066

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: Banco do Brasil AGÊNCIA: 0036 1 CONTA: 99.673 4

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

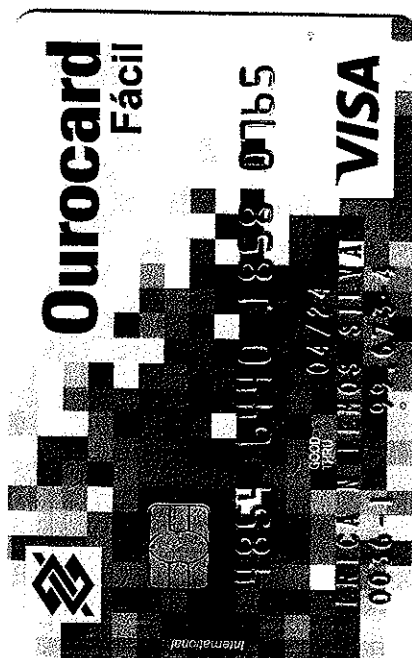
Morroso, 03/07/2019

Erica do Nascimento Lemos Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PROTOCOLO  
RECEBIDO  
22 JUL 2013  
TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE

> RESULTADO > AUTENTICAÇÃO > Boletim de Acidente de Trânsito

VISUALIZAÇÃO DO DOCUMENTO DIGITALIZADO

O boletim nº 0106619 foi registrado em nosso banco de dados em 31/01/2019 às 09:09:34 com o código de controle 9381F2001E3E305F





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

**BOAT 0106619****1 - LOCAL E DATA**

Local AVENIDA RIO GRANDE 1000 GORZANINI Bairro SANTO ANTONIO  
Cidade/UF MOSSORÓ - RN P. Ref. NELSON BAN  
Data 30/01/2019 Hora do acidente 17:45 Hora do registro 18:00 Dia da semana SEXTA FEIRA

**2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

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

**3 - VEÍCULO 01:**

Placa ou Chassi UGB 0429 Cidade MOSSORÓ UF RN  
Marca/Mod. CHEVROLET ONIX Cor AZUL Ano 2014 / 2015  
Proprietário MARIA AUXILIADORA COSTA Nº de Ocupantes 01  
Condutor MARIA AUXILIADORA COSTA Data de Nasc. 22/01/1965  
Endereço RUA NOSSA SENHORA DO CARMO Nº 2189 Fone \_\_\_\_\_  
Bairro SANTO ANTONIO Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº 43024629991 CNH Nº 01676718185 Validade 18/01/2020 Categoria AB  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

**4 - VEÍCULO 02:**

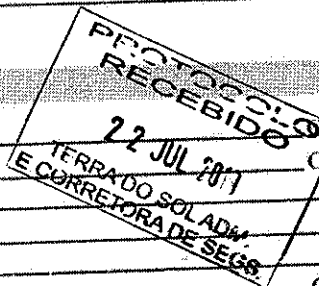
Placa ou Chassi UGG 3470 Cidade PARNAMIRIM UF RN  
Marca/Mod. HONDA CG 160 Cor VERMELHA Ano 2016 / 2017  
Proprietário GLICIA MARIA DE FREITAS Nº de Ocupantes 02  
Condutor JOSE ALZIMAR ALVES Data de Nasc. 30/03/1984  
Endereço RUA HERCULANO COSTA 400 - BARRIOS Nº 100 Fone 926923268  
Bairro BARRIOS Cidade MOSSORÓ UF RN  
CPF Nº 03556526417 CNH Nº 05333931647 Validade 21/03/2027 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 \_\_\_\_\_



Em que faixa? DIA 17A

Em que faixa: 100 km/h  
Versão do condutor: TRANSITADO POR ITAORAIMA BUENO, PARECE COMO  
DEVIDO SE ENCONTRA VERMELHO, ALGUNS MINUTOS DEPOIS  
ELE FEZ UM VERDE SAIR DO CARRO DEBRAN E RETA BUENO EM AMOTOC  
CILETO ULTIMA PARECEU DO JUAL VERMELHO E COLIDIR NO TRASEIRO DO  
CARRO QUE EU CONDUZIA.

Assinatura do Condutor do VI X Maria Auxiliadora Costa

Em que faixa? 10-15

Em que faixa? 1ª faixa

Versão do condutor: TRANSFORMAÇÃO E PRODUÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA

DO SE MÓDULO FICOU AMARELO E NÃO PODEU GUARDAR E ACABEI DESISTINDO

NA CARRO QUE VINHA NA AVENIDA RIO BRANCO

Assinatura do Conductor do V2: X JOR V212 NIPB P1 V03

### Em que faixa?

**Assinatura do Condutor do V3**


**Em que faixa?**

**Assinatura do Condutor do V4**


8 - CONDIÇÕES DA VIA

<b>Luminosidade</b> <input type="checkbox"/> Amanhecendo <input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia <input type="checkbox"/> Anoitecendo <input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação <input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação <input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	<b>Cond./ Tempo</b> <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Nublado <input type="checkbox"/> Chuva <input type="checkbox"/> Neblina <input type="checkbox"/> Outros	<b>Tipo da Pista</b> <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	<b>Caract./ Pista</b> <input type="checkbox"/> Reta <input type="checkbox"/> Curva <input type="checkbox"/> Active. Íngreme <input type="checkbox"/> Active. 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	<b>Cond./ Pista</b> <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	<b>Sinalização</b> <input type="checkbox"/> Inexistente <input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito <input checked="" 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
--	---	---	---	--	--


9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO




ÁRVORE




VESTÍGIOS




SEMÁFORO



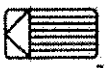
PEDESTRE




BICICLETA  
OU MOTO



CARRO DE  
PEQUENO PORTE

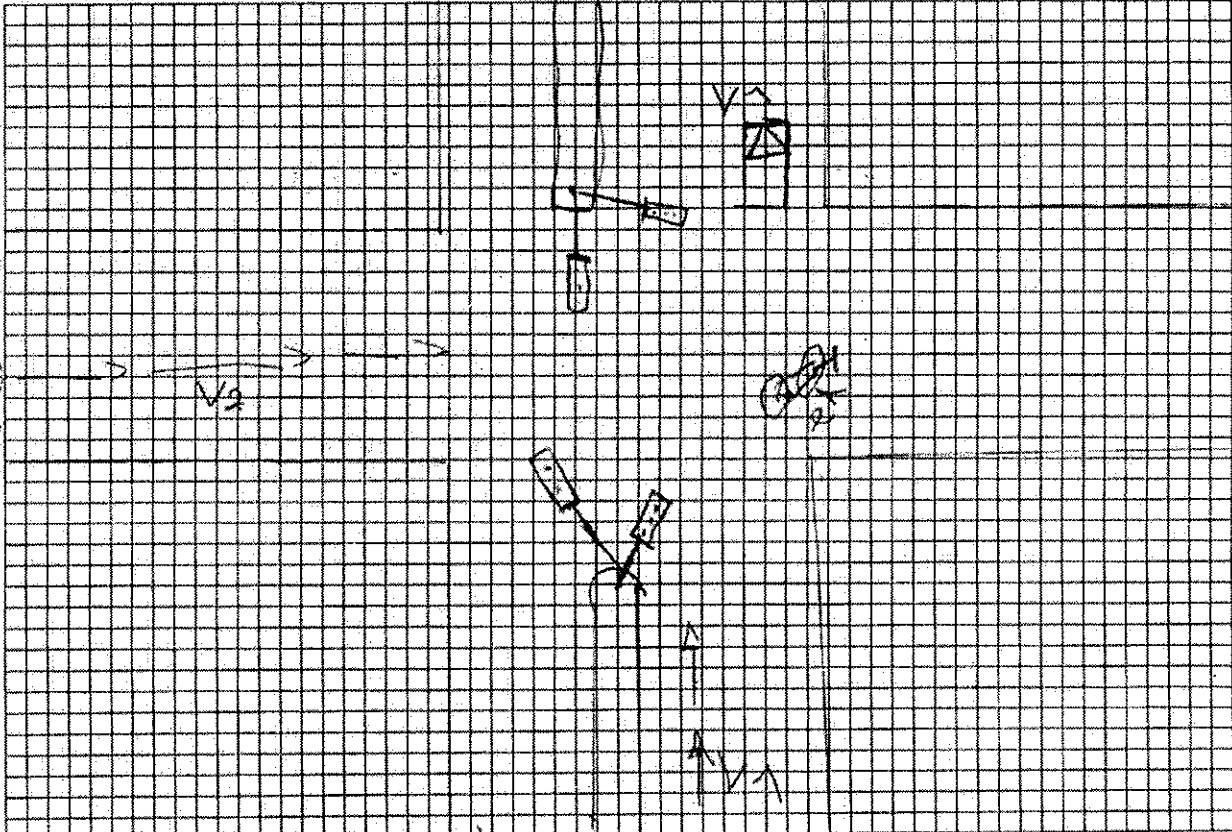


CAMINHÃO  
OU ONIBUS



CARRETA


*AV. COF. JARDIM*



*AV. RIO GRANDE*

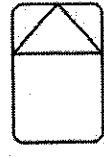
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1  
LANTERNA TRASEIRA, AMASSADURA




V1


AVARIAS DO VEÍCULO 2  
STABO, AMARRADO ES



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4





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 AO BOLETIM  
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE  
DE TRÂNSITO

Nº 0106619

### 1 - LOCAL DO ACIDENTE

Local:	Avenida Rio Branco/ Rua Seis de Janeiro	Bairro:	Santo Antônio
DATA:	30/01/2019	HORA:	17:45

### 2 - VÍTIMA: ☐ Pedestre ☒ Passageiro do Veículo:

Nome	Erica do Nascimento Lemos Silva	Data de nasc.	03/12/1979		
Endereço	Rua Dr. Pedro Ciarline	nº	215	Fone	9.8829.7450
Bairro	Alto de São Manoel	Cidade	Mossoró	UF	RN
CPF nº	011.228.454-05	RG nº	002.703.409	Órgão Emissor	SSP/RN
Local de Trabalho					

### 3 - VERSÃO DA VÍTIMA SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	Rua Seis de Janeiro		
Em que sentido?	Centro/ Santo Antônio	Em que faixa?	Direita

#### Versão da Vítima:

"Alega que transitava na condição de passageira de V2 e ao chegar no cruzamento o sinal estava amarelo e quando seu esposo o condutor do V2 entrou na Rio Branco um carro atravessou na sua frente e houve a colisão, que teve varias lesões e foi conduzida ao Hospital pela SAMU. Atendimento Nº 38998/2019 emitido pelo HRTM.

"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 da Vítima

*Erica do Nascimento Lemos Silva*

#### Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 04/02/2019, no 2º DPRE.

Nome do Agente que registrou as informações Raimundo Clécio Ferreira da Costa

Posto/Graduação	2º SGT	PM nº	88.260	Viatura	*****	Unidade	2º DPRE
-----------------	--------	-------	--------	---------	-------	---------	---------



**ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**Secretaria de Estado da Defesa Social**  
**POLÍCIA MILITAR**  
**Comando de Polícia Rodoviária Estadual**  
**2º Distrito de Polícia Rodoviária Estadual**  
**Setor de Tráfego**

**ADITAMENTO AO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRANSITO Nº0106619**

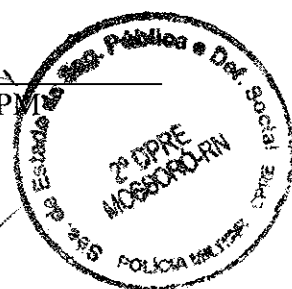
EU Vagner Willame Barreto da Silva, SD PM, brasileiro, solteiro, residente e domiciliado nesta cidade de Mossoró-RN, Matrícula 202280-0, vêm no B.O.A.T. nº. 0106619 fazer ADITAMENTO nos seguintes termos:

1- Por motivo de no ato do preenchimento do B.O.A.T. nº. 0106619, o passageiro do veículo denominado V2, foi socorrido para o hospital para atendimento médico, não tive como identificá-lo e deixei de grafar no campo 11 (Vítimas), o nome de **ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA**, CPF **01122845405**, passageiro do V-1, que foi socorrido para o HRTM conforme cópia do atendimento em anexo.

2- Devendo o referido documento ser juntado ao B.O.A.T. registrado em 30 de Janeiro de 2019, supra mencionado para que surtam os devidos efeitos legais.

**Mossoró-RN, 07 de maio de 2019**

*Vagner Willame Barreto da Silva*  
**Vagner Willame Barreto da Silva – SD PM**  
Agente que registrou o acidente



RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Defesa Social  
POLÍCIA - MILITAR  
Comando de Polícia Rodoviária Estadual  
2º Distrito de Polícia Rodoviária Estadual  
**AUTENTICAÇÃO**

A presente fotocópia é reprodução fiel  
do documento que me foi apresentado

Mossoró - RN, 14 de 05 de 2019

*[Assinatura]*  
SDPM 201988-4



SAMU  
MOSSORÓ  
192

Prefeitura Municipal de Mossoró  
**Secretaria Municipal da Saúde**  
SAMU MOSSORÓ 192

**DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 69**

Mossoró 06 de Fevereiro de 2019

Em resposta a solicitação do (a) Sr(a): **ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA**

**RG: 002.703.409** passo a informar o que consta em nosso registro.

**Identificação da ocorrência: 30**

**Nome do Paciente: ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA, 39 anos.**

**Data: 30/01/2019**

**Local da ocorrência: Seis de Janeiro c/ Av.: Rio Branco.**

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

**Hora do Chamado: 17h 40min.**

**Natureza da Ocorrência: Colisão moto x carro.**

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



**Silvania do Monte Santiago**  
Matrícula 58682-1  
Agente administrativo SAMU/Mossoró

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

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