

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: 00000099673-4

Nr. da Autenticação E2B23B7F80A9927C

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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



OK

CIRURGIA GERAL - VERDE

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

Nascimento: 03/12/1979

Natural: MOSSORÓ.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: MOSSORÓ

Telefone: 84.88315841

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS:		Classificação:		PESO:					
		30/01/2019 17:57:26							
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 ombro.
Também

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

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 04/01/19
Kleber

Diagn. Inicial:

SAME/ARQUIVO

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
Tiotil - 40mg dia - 2x			
- Not - Do ortoped		058.50	
NAT - 100mg dia			
CEFALOSPORINA 1g dia 6.67			
curativo			
AO - Acidente ref.			
		04.08.08.09.15	

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

CID _____

Proc. _____

Data: ____/____/19. Hr: _____

Médico: _____

(Assinar e Carimbar)

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

Kleber
Corretora de Seguros
CNPJ 25.350.110/0001-00

5520



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

PERMISSÃO

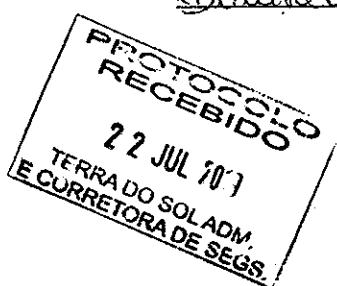
O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA** (Fia: 536/2019), CPF:01122845405.

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.

Diane do encerramento Silvia Rocha

Paciente ou responsável



HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME COM A ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 22/07/2010
SAME/ARQUIVO

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 - N° DO PRONTUÁRIO

205817

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706203527181166

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/12/1979

9 - SEXO

Masc.

Fem.

10 - RAÇA/COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA JOSE DO NASCIMENTO LEMOS

12 - TELEFONE DE CONTATO

88315841

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA

14 - TELEFONE DE CONTATO

88315841

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

DOUTOR PEDRO CIARLINE, 215 - ALTO DE SAO MANOEL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MOSSORÓ

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

240800

18 - UF

RN

19 - CEP

59625100

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

O paciente *Paciente com lesão do cotovelo*
0/escorvado - *Op. ext. - muito dolor.*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Chuva

PROTOCOLO
RECEBIDO
22 JUL 10
TERRADO SÓ
E CURRETO

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ
SAME ARQUIVO

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

Op. ext. fértil

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 CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFISE PROXIM

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

408020415

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

CIR

2

() CNS (X) CPF

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 VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° 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

LIGNEY LINO DE OLIVEIRA

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

(X) CNS () CPF

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

Idade: 39 anos 1 mes 27 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Nome da mãe: MARIA JOSE DO NASCIMENTO LEMOS

Nome do pai: FRANCISCO DE ASSIS LEMOS

Rua/Av: DOUTOR PEDRO CIARLINE

Complemento:

CEP: 59625100

Telefone: 84 88315841 84 88315841

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Cidade: MOSSORO

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
ESTÁ CONFORME O ORIGINAIS
SAME MOSSORO
SAMEARQUNO*

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 Eugenio de Noronha Nomes Silva Reg Nº 1000

Diagnóstico pré-operatório: Fractura óssea do calcâneo - Cunha

Indicação terapêutica: Colo do fêmur

INTERVENÇÃO

Inicio: 11/07/2011 Fim: 11/07/2011 Duração: 08h00m

Operador Wagner

1^a Auxiliar: Wagner

2^a Auxiliar:

3^a Auxiliar:

Instrumentador: Wagner

Anestesista: Período

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME AO ORIGINAL
SAME NOSSO RIO
SAME ARQUIVO

INTERVENÇÃO

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

Limpa Pot. Contaminada Contaminada Infectada

Padelha em doble nos dedos

Ressecção de tecido

Septo + coxim

Ressecção óssea

desbridamento

Após ressecção por 10m

colgante

30

19.

Wagner



HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50

Nº AIH

CRISTINA

BOLETIM DE ADMISSÃO

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 CIRÚRGICO 1

Endereço: PEDRO CIARLINE, N° 215 - CEP: 59600-010 Bairro: ALTO SAO MANOEL

Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORÓ/RN Profissão: Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Pai: FRANCISCO DE ASSIS LEMOS Mãe: MARIA JOSE DO NASCIMENTO LEMOS

Naturalidade: MOSSORÓ 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

Diagnóstico Definitivo:

Acomodação: *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
X Acompanhante

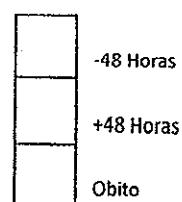
Resultado



Curado
Melhorado
Inalterado
Piorado



Removido
Pedido
Evasão
Indisciplina



-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido:

História Clínica

Enfomeus 1º permaneço de piso-x + encontro p/ para JH e exames
CEP + exames de sangue.

→ Encolhimento nascimento Silva

Joálio S. Silva Barboza
COREN/RN 074.529-E

Diagnóstico Provável

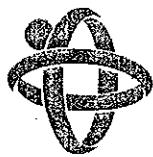
Encolhimento nascimento Silva

RESPONSÁVEL

Eduardo C. L. R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia

Cirurgia do Quadro

RAPHAEL MACHADO GONCALVES



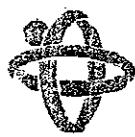
Paciente: Envia do Nascido Léo
Idade: 39 Data: 26/04/19
Convênio: SUS

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal:	<u>Pate a blefarano D</u>	CRM:	Dr. Geraldo M. Soares Ortopedista e Traumatologista Cirurgião CRM. 5410
2. Cirurgia Secundária:		CRM:	
3. Cirurgião:	<u>Geraldo Soares</u>	CRM:	
1º Auxiliar:	 	CRM:	
2º Auxiliar:	 	CRM:	
Enfermeiro(a):		COREN:	
4. Anestesista:		CRM:	
5. Instrumentador:		COREN:	

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

Assinatura Cirurgião:	CRM: _____
Data: <u>26/04/19</u>	
Para anestesia local, informar:	
Hora do Início do procedimento: _____ : _____	Hora do término do procedimento: _____ : _____



HOSPITAL
WILSON ROSADO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Braca no Nivel

Reg. Geral: 192596

Clínica: Cirúrgica

Idade: 39

Convênio: Sul

Unidade/Leito: 202-29

Data: 26/12/19

Evolução Médica

Pa. Fis. de ocorrências

Prescrição Médica

Aprazamento

Diet. Ligeira

OK

S. NAL. VITAM.

Rotina

ST 0,9% 1500ml a 24h

at 08 16

ketum 1g a 6/6h - 1645 22 04 10

fraxim 100g a 8/8h 16:00 04 12

dimenox 140 a 6/6h - 16:45 22 04 10

rx carbac.

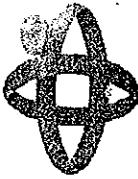
Dr. Gustavo M. Soares
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgião
CRM. 5410

Medicação administrada por:

M

T

N



HOSPITAL
WILSON ROSADO

HOSPITAL WILSON ROSADO

Convênio: SUS

Paciente: Erica do Nascimento Lemos
Silva

Data: 27/04/2019

1.	Dieta oral LIVRE	
2.	Cefalotina 1g ev de 6\6h	10' 06' 02' 04'
3.	SF 0,9% - 1.000ml EV, 24H	08' 00'
4.	Dipirona, 01 amp + ABD, EV, DE 6\6h	10' 06' 02' 04'
5.	Tilatil 20mg + ABD, EV, 12/12h	02' 12'
6.	Tramal 100mg + 100ml SF0,9%, EV, DE 8/8h se dor forte	SN
7.	Nausedron, 01 amp + ABD, EV, DE 8/8h	SN
8.	Omeprazol 40 mg + ABD, EV, 1 X DIA	06'
09.	Curativo diário	06'
10.	SSVV + CCGG	OK
11.	Alta hospitalar	OK
19.		Eduardo C. L. R. Medeiros Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Quadril CRM-6439/RN - TEOT 13545
20.		
21.		

EVOLUÇÃO MÉDICA

- P.O de retirada de osteossíntese 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 13545

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
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 202-09

26/04/2019

Hora	PA	Temp	FC	FR	Glicemia
08:40:00	120x80	36,00	77	20	0

08:40:00	ADMITTO 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. INTERNADA PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO, DE FRATURA DE EXTREMIDADE DE SUPER DO CUBITO. SIC: NEGA HAS+DM+AM. EVOLUINDO COM SEU ESTADO GERAL ESTÁVEL. SINAIS VITAIS: EUPNEICA, NORMOTENSAS, NORMOCARDICA E AFEBRIL. AO EXAME FÍSICO, PELE INTEGRA E HIDRATADA, COURO CABELEUDO PRESERVADO, NORMOCORADA, ANICTERICA, ACIANÓTICA, LINFONODOS NÃO PAL PAVEIS, COM AP:MVP, TÓRAX SIMETRICO, AC: BNF EM 2T, SEM SOPRO. ABD: ABDOMEN PLANO E FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO, RH+ DIMINUÍDO EM BASE, AUSCULTA CARDIACA BNF EM 2T, ABDOMÉM PLANO. PUNCIONADO AVP, VIABILIZANDO HV. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS VESICAS E INTESTINAIS. SEGUE SEM QUEIXAS E AGUARDA CIRURGIA.	RIVANILIO DE ALBUQUERQUE FERNANDES <i>Rivanilo de Albuquerque Fernandes</i> Assinatura
----------	---	--

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1018612 - ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA

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

Sexo: F

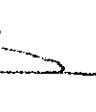
Idade: 39 A,4 M,23 D

Convenio: **SUS**
Clínica: **ORTOPEDIA CIRÚRGICA** Leito: 202-09

26/04/2019

Anotação

Assinatura

Técnico(a)	Assinatura
BRENNNA MAKKENNELL DE LIMA JATTA Técnico de Enfermagem COREN/RN 01261784	

13:20:00 TRANSFERIR 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: 0,00% F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat: 02% O2: 0 Fi O2: 0 Ventilação: Decubito:



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

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
26/04/11	13:25	Recebo paciente no monitorado ponto 2, acompanhado de enfermagem. No ex. apertado de ruidos, conversa orientada, verbalização de suas mem- bres em O2 ambiente com AV P, em M50 mobilizado, nega FAM, HTS, DM. segue em repouso e com cuidados da equipe de enfermagem.	Gizeane Maria da S. Lima COREN-PB 247.166-TÉC
26/04/11	16:30	Paciente transferido para P150	
	16:45	Inicio do anestesio Sinal falso P/ Dri. 1/4 Y E1 R2 monitorizado.	Recebido de Q. 0117 Equipe de ENFERMAGEM Coordenadora
	17:00	Final do Cirurgio e/ Dri. sustane + Equipe.	
26/04/11	18:30	1. Origem do procedimento avaliado durante estabilizado e aspirado PB, S. I. intercessores reto uso P/ Olo fechado em CD, da Enfermagem.	Recebido de Q. 0117 Equipe de ENFERMAGEM Coordenadora
26 04 11	18:35	Recebo paciente no res. levado da S.O consciente, orientada, O2 Pox 90% M.V à 50%, A.V.P. mobilizado Marca de O. M.V, seu queixas F.O Coverta Zia aus. Cuidados da enfermagem	Tiê Ed. Muzo Marcelo de O. Torres 315426
26/04/11	21:00	Paciente transferida para o ponto com marca, consciente e orientada, O2 ambiente, medi O2 da, conforme conduta médica, segui- dos cuidados da enfermagem	Magda 578797

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTRIOFESSIONAL

1018612 - ERICA DO NASCIMENTO LEMOS SILVA

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

Sexo: F

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: 0%: 0, Fi: 0%: 0, Ventilação: , Decubito:
REALIZADO TROCA DE 500 ML DE SF 0,9%, EV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

4:00 Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat: 0%: 0, Fi: 0%: 0, Ventilação: , Decubito:
ADMINISTRADO 1 FRASCO DE KEFLIN 1G + ABD, EV, 1 AMPOLA DE DIPIRONA + ABD, EV, 1 AMPOLA DE TRAMAL 100MG + 100 ML DE SF 0,9%,
EV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

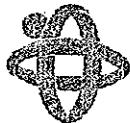
6:00 Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat: 0%: 0, Fi: 0%: 0, Ventilação: , Decubito:
REALIZADO TROCA DE CURATIVO EM FO.

26/04/2019

22:10 Pa.: 140X80, Temp.: 36,3, FC.: 80, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat: 0%: 97, Fi: 0%: 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, SEGUO AOS CUIDADOS DA
EQUIPE.

22:15 Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat: 0%: 0, Fi: 0%: 0, Ventilação: , Decubito:
ADMINISTRADO 1 FRASCO DE KEFLIN 1G + ABD, EV, 1 AMPOLA DE DIPIRONA + ABD, EV, CONFOREM PRESCRIÇÃO MEDICA.

ROSEMARY



HOSPITAL,
WILSON ROSADO

PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Paciente:

Clinica:

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: 033.228.454-05 4 - Nome completo da vítima: 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:	<input type="text"/> Erica do Nascimento L. Silva		6 - CPF:	<input type="text"/> 033.228.454-05					
7 - Profissão:	<input type="text"/> Doméstica	8 - Endereço:	<input type="text"/> Rua Doutor Pedro Ciarline		9 - Número:	<input type="text"/> 235	10 - Complemento:	<input type="text"/> Casa	
11 - Bairro:	<input type="text"/> Vila de São Manoel		12 - Cidade:	<input type="text"/> Mossoró		13 - Estado:	<input type="text"/> RN	14 - CEP:	<input type="text"/> 59625-100
15 - E-mail:	<input type="text"/> Não Possui		16 - Tel. (DDD):	<input type="text"/> (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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00		
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)				
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="text"/> Banco do Brasil			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> 0036	CONTA: <input type="text"/> 99.673	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)					

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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,

Mossoró/RN 03/07/2019

Exixa do Nascimento L. Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 0106619

1 - LOCAL E DATA

Local AVENIDA DO PARQUE 1000 GOREANA FIM
Bairro JARDIM ANTÔNIO
P. Ref. NELSON BAR
Cidade/UF MACEIÓ - AL
P. Ref. NELSON BAR
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 WGB 80429 Cidade MACEIÓ - AL UF AL
 Marca/Mod. CHEVROLET ONIX Cor AZUL Ano 2014 / 0015
 Proprietário MARIA AUXILIADORA COSTA
 Condutor MARIA AUXILIADORA COSTA
 Endereço RUA NÍCOLAS FERNANDES DO CARMO
 Bairro SANTO DE JESUS Cidade N° 2183 Fone _____
 CPF N° 47024629991 CNH N° 016747-18185 Validade 18/01/2020 Categoria AB
 Local de Trabalho _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____
 End. _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi WGO 3470 Cidade PARNAMirim UF RN
 Marca/Mod. HONDA CG 160 Cor VERMELHA Ano 2016 / 2017
 Proprietário GLICÍA MARIA DE FREITAS
 Condutor JOSE ALZIMAR ALVES
 Endereço RUDHERCULPHO COSTA 100 - BANCAIS Cidade MUNICÍPIO N° 100 Fone 916923268
 Bairro BANCAIS Cidade MUNICÍPIO N° 100 Fone _____
 CPF N° 03556526417 CNH N° 55933931647 Validade 21/09/2021 Categoria AB
 Local de Trabalho _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____
 End. _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ Ano _____ / _____
 Marca/Mod. _____ Cor _____ N° de Ocupantes _____
 Proprietário _____ Data de Nasc. _____ / _____
 Condutor _____ N° _____ Fone _____
 Endereço _____ Cidade _____ UF _____
 Bairro _____ Validade _____ / _____ Categoria _____
 CPF N° _____ Fone _____
 Local de Trabalho _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____
 End. _____

*PF/TOC/2022-001
RECEBIDO
22 JUL 2021
TERRADO SOLADA
ECORRETORA DE SEGU*

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ Ano _____ / _____
 Marca/Mod. _____ Cor _____ N° de Ocupantes _____
 Proprietário _____ Data de Nasc. _____ / _____
 Condutor _____ N° _____ Fone _____
 Endereço _____ Cidade _____ UF _____
 Bairro _____ Validade _____ / _____ Categoria _____
 CPF N° _____ Fone _____
 Local de Trabalho _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____
 End. _____

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE VI - Em que Rua/Av. Transitava? AVENIDA RIO BRANCO

Em que sentido? SANTO ANTONIO / SANTO DOMINGO Em que faixa? DIA 5 (17)

Versão do condutor: TINHOSSE TAMBÉM NA CITA DRAVENHO QUE NÃO PAREI OS CANTOS
PREDISPONDEI A ESTE FESTA VERMELHO, ALGUNS MILÍMETROS E DEPOIS
EL FELIZMENTE SAI PELO LADO DESPRESAR E RETA QUAIS NÃO BEM AMORCEI
CLETO VULTRACASOU OS SINAL VERMELHO E COLIDIU NA TRASEIRA DO
CANTO QUE EU CONDUZIA.

Assinatura do Condutor do VI X Manoel Antônio de Souza DST

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? RUA 6 DE SETEMBRO

Em que sentido? SENTRAS ISANDANTONIO Em que faixa? MARIN

Versão do condutor TAMBÉM NÃO PODEMOS VOLTAR AO MÉTRO PRÓXIMO PONTO
DO JE MAFON FICOU UM ANEL E NOS PONTEIS, PONTE FICAPELLOS DINTOS
NA CAMPANHA NINHAR NA ÁREA NINHA NO BARRA
ELE QUE FAZIA:

Assinatura do Condutor do V2 X JOSÉ RENATO MENEZES

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que forma? _____

Versão do condutor _____ **em que taxa:** _____

Assinatura do Concedente - V1

8 - CONDIÇÕES DA VIA

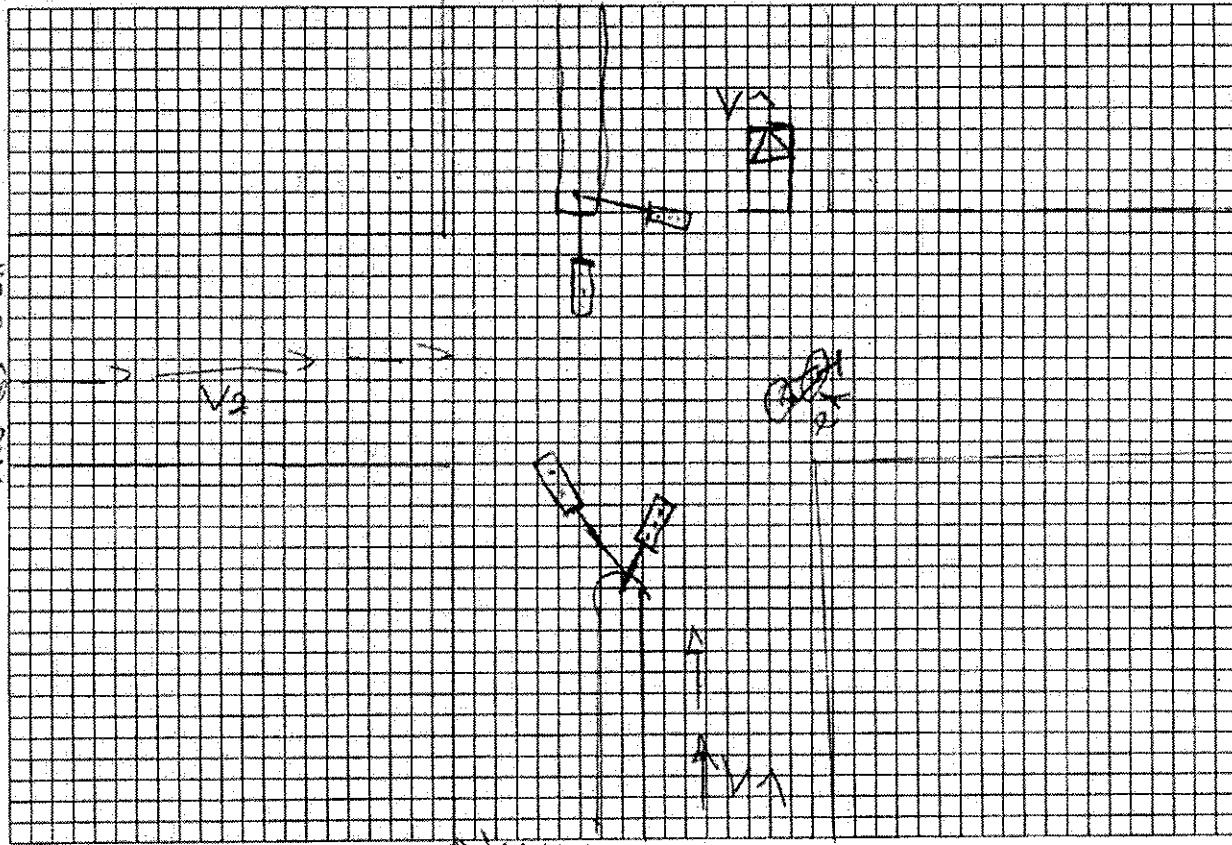
Luminosidade:	Cond./Tempo:	Cond./Pista:
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____

Caract./Pista:	Cond./Pista:
<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca
<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada
<input type="checkbox"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada
<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'Água
<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa
<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada
<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras
<input checked="" type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco
<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia
<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____

Sinalização:
<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
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

-  ÁRVORE
-  VESTÍGIOS
-  SEMÁFORO
-  PEDESTRE
-  BICICLETA OU MOTO
-  CARRO DE PEQUENO PORTO
-  CAMINHÃO OU ÔNIBUS
-  CARRETA



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

LÂMPADA NA TRASEIRA, A MASSA DA P



AVARIAS DO VEÍCULO 3

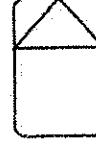


AVARIAS DO VEÍCULO 2

STABO, ANKAVHO ES



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 N°0106619

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 (Vitimas), 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 fotografia é reprodução fiel
do documento que me foi apresentado*

Mossoró - RN, 14 de 05 2019

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

D. D. 2013
L. 2013
Silvania do Monte Santiago
SAMU
005418-2
005418-2
1997

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