

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: 30/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS REGIS MEDEIROS DE FREITAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00361-1

CONTA: 000000029951-0

Nr. da Autenticação 7712E68EA9A04B23

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190055566 **Cidade:** Currais Novos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS REGIS MEDEIROS DE FREITAS **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

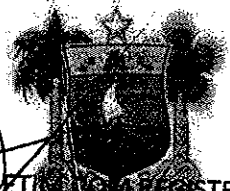
Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE DRºEDIMAR M.DANTAS CRM - RN 942 DATA:18/12/2018.

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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 49044 /2018

Admissão: 23/09/2018 16:26:01

FATURADO
EM OK

CIRURGIA GERAL - AMARELO

BOLETIM DE REGISTRO
SAÍDA
EM 23/09/18

Paciente: 93898 - MATHEUS REGIS MEDEIROS DE FREITAS (29 a 2 m 29 d)

Nascimento: 24/06/1989 Natural: SAO PAULO.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDAS

CNS: 706006873394940

CPF:

Prof:

Mãe: MARIA LUCIA MEDEIROS DE ARAUJO

Pai:

Logradouro: FRANCISCA LEDA, 248

CEP: 59380000

Bairro: CURRAIS NOVOS

Cidade: CURRAIS NOVOS

Telefone: 84.99337939

Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. OUTRA

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 23/09/2018 16:22:02				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO/TRAUMA EM CLAVICULA ESQUERDA

Hora:

Acidente de moto a travi
em outro @.

Modelo Hospitalar de Epidemiologia

24/09/18

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A EBB, limpo.
B
C
D
E

RECEBIDO
07 JAN 2019
TERMO DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Tipologia velha.
Dipirona 31 mg/ml

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por FRANCISCA LUCIA MACIEL. Impresso em 23 de Setembro de 2018.

Dr. Humberto Araújo
Cirurgião Geral
CRM: 10.101/2018

RAIC
Assinatura

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fract. de clavícula (o)

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

Rx Ombro (o) AP m anterior

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

(1) Dor no ombro

(2) Dor no ombro

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

RECEBIDO
07 JAN 2017
T. ERASMO SOL. ADM.
SECRETARIA DE REGS.

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação.

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DR. MARIANO COELHO - Currais Novos/RN
Av. Teotônio Freire, 813 - Fone: 3405-3260/ 3405-3261

Mateus Régis Medeiros de Paes

16

Encaminhamos o
paciente vítima de acidente
de trânsito, ocorrido em 14/01/18,
para a UBSF ESF, por
serviço de saúde e com destino
ao Otopedista.

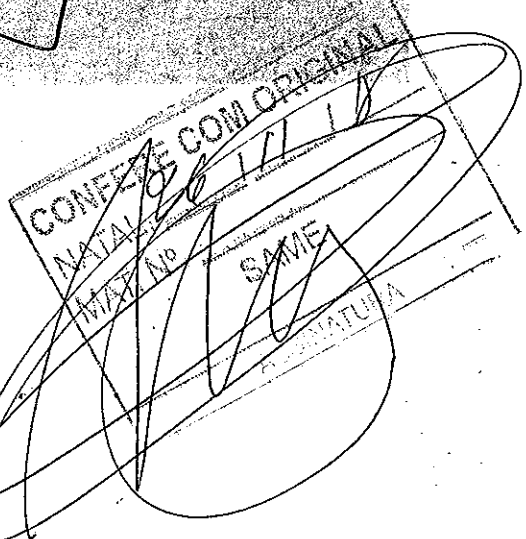
23/09/18

Fernando M. Nobrega
Médico
CRM 7684/RN



RECEBIDO
07 JAN 18
TERAPIA SOL ADM
EQUORRETORES

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL
MAY No
SOME
SIGNATURA





SESAP/RN - HOSPITAL MONSEÑOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 49044 /2018

Admissão: 23/09/2018 16:26:01

BOLETIM DE REGISTRO

SAÍDA

EM 23/09/18

FATURADO
EM

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 93898 - MATHEUS REGIS MEDEIROS DE FREITAS (29 a 2 m 29 d)

Nascimento: 24/06/1989

Natural: SAO PAULO.BRASIL

Sexo: M Cor: PAIXADA

CNS: 706006873394940

CPF:

Prof:

Mãe: MARIA LUCIA MEDEIROS DE ARAUJO

Pai:

Logradouro: FRANCISCA LEDA, 248

CEP: 59380000

Bairro: CURRAIS NOVOS

Cidade: CURRAIS NOVOS

Telefone: 84.99337939

Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. OUTRA

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 23/09/2018 16:22:02				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO/TRAUMA EM CLAVICULA ESQUERDA

Hora:

Acidente de moto a tria
em outro @.

Boletim Hospitalar de Epidemiologia

24/09/18

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A EBB, limpo.

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Tiporia vel Jean
Dipirone 21 mg x 2x/dia

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por FRANCISCA LUCIA MACIEL. Impresso em 23 de Setembro de 2018

RECEBIDO

22 JAN 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

RECEBIDO
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

RECEBIDO
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

RAIC

Assinado
Técnico

Assinado
Técnico

Assinado
Técnico

Assinado
Técnico

Assinado
Técnico

ASSINATURA

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fract. de clavícula (o)

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

Rx Ombro (o) AP em ortostase

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

(1) Dor no ombro
(2) Dor no pescoço

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação.

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GRISWOLD	
4	Abertura Ocular (AO)
3	Olhos se abrem espontaneamente.
3	Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assustar muito e, se não 3)
2	Olhos se abrem por estímulo doloroso
1	Olhos não se abrem.
5	Máxima resposta verbal (MVR)
5	Orientado (responde conscientemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, sexo, e posição, a data e etc.)
4	Confuso (responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)
3	Palavras incoerentes (sem relação conversacional)
2	Sons ininteligíveis. (Demandando sem qualquer intenção)
1	Ausente
6	Máxima resposta motora (MRM)
6	Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)
5	Localiza estímulo doloroso.
4	Resposta respectiva à dor.
3	Padrão fixo à dor (Desorientação)
2	Padrão extensor à dor (Desorientação)
1	Sem resposta motora.

**ESCALA DE TRILAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-150 =4
	9-120 =3
	6-50 =2
	4-50 =1
	30 =0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-230 =4
	2790 =3
	6-96 =2
	1-50 =1
	00 =0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>906 =4
	76-980 =3
	50-570 =2
	1-490 =1
	00 =0

1. Trauma 29(5) 624, 1989.

0	SEM	
1	DOE	
2	MODERADA	
3	INTENSA	
4	PIOR POSSIVEL	

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005).

03 - 08-grave (necessidade de intervenção imediata);
09 - 3-moderado;
10 - 15-leve.

Referência: TEASDALE, JENNET B.
Assessment of coma and associated
consequences. A practical scale. Lancet,
1974;2:81-84.

A seguinte proposta aplica-se a pontos conectivos e pontos
colocativos com classe superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa
solicita-se ao docente que classifique a quantidade de sua cor

<p style="text-align: right; margin: 0;">ANAMNESE</p> <p style="margin: 0;">ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:</p>		<p style="text-align: right; margin: 0;">EXAME FÍSICO</p>	
<p style="text-align: right; margin: 0;">IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA</p>		<p style="text-align: right; margin: 0;">EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****</p>	
<p style="text-align: right; margin: 0;">LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">OUTROS</p>	<p style="text-align: right; margin: 0;">ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</p>	<p style="text-align: right; margin: 0;">CONDLTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)</p>	
<p style="text-align: right; margin: 0;">Assinatura e Carimbo do Responsável</p>		<p style="text-align: right; margin: 0;">Assinatura e Carimbo do Responsável</p>	

ATB	ANA	EX	IMM	EX
ALGORITMO PI SUPORTE BASICO DE VIDA. 1- AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VITIMA. 2- PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) E PEÇA UM DESPESSEIRADOR/IDEAL. 3- ABRA VIA AEREA. 4- AVALIE RESPIRACAO (VER, OUVIR, SENTIR). 5- SE ABERTA, APLOQUE E VENTILACOES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MASCARA). 6- AVALIE PULSO CAROTIDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE). 7- SE PULSO E PRESENTE, INICIE COMPRESSOES TORACICAS. 100MIN (PROPORCAO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEB. 8- DEB DISPONIVEL: ANALISE O RITMO. 9- RITMO CHOQUEVEL: APLOQUE E CHOQUE 360 (200 P/ DEB BRASILEIRO). E REINICIE RCP. 10- RITMO NAO CHOQUEVEL: REINICIE RCP 30:2. 11- AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS. 12- PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR. OU CASO A VITIMA SE MOV. 13- COLÓQUE A EM POSICAO DE RECUPERACAO.				

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DR. MARIANO COELHO - Currais Novos/RN
Av. Teotônio Freire, 813 - Fone: 3405-3260/ 3405-3261

Mateus Régis Medeiros de Paes

Examinar o
paciente vítima de acidente
de trânsito, após trauma por
trauma da cabeça e do pescoço, por
causa de queda e com dano
ao sistema de condução.

23/09/18

Fernando M. Nobrega
Médico
CRM 7684-RN

RECEBIDO
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

PROTOCOLO
RECEBIDO

22 JAN 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

RECEBIDO
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL
MAT. Nº
SOME
ASSINATURA



SERIDÓ
CLÍNICA

RECEITUÁRIO
MÉDICO

Laudos

Paciente Weythous Re-
is refere d. fract. ritica
do ocorrida em aproximadamente no
dia 13/IX/2018, sendo exposto
a certa trauma.

Submeteu-se a tratamento
conservador fisioterápico.

Encontra-se com defeito
funcional do MSE, com apo-
io unilar e diminuição de
força unilar. Bloqueio nos
movimentos do quadril.

18/XII/2018
Dr. Rawlinson Oliveira Santos
Ortopedia / Traumatologia
CRM RN 3366

Dr. Edimar M. Dantas
CRM - 942
Ortopedia - Traumatologia

Dr. Edimar Medeiros Dantas
Ortopedia / Traumatologia
CRM RN 942

Rua José Carlos Ferreira, 68-A, Manoel Salustino - Currais Novos/RN
Fone: (84) 3412-2420 / 3412-3898

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **031.331.323-77** Nome completo da vítima: **Matheus Regis Medeiros de Freitas**

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

Nome completo: **Matheus Regis Medeiros de Freitas** CPF: **031.331.323-77**
Profissão: **Não informada** Endereço: **Rua Francisca Leda Pinheiro** Número: **348** Complemento: _____
Bairro: **JK** Cidade: **Currais Novos** Estado: **RN** CEP: **59.380-000**
E-mail: _____ Tel. (DDD): **(84) 99814-6172**

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

RENDA MENSAL:
☒ **RECUSO INFORMAR** ☐ **ATÉ R\$1.000,00** ☐ **R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00** ☐ **R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00**
☐ **SEM RENDA** ☐ **R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00** ☐ **R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00** ☐ **ACIMA DE R\$10.000,00**

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ **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: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: **0361** CONTA: **29.951**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Estado civil da vítima: ☐ **Solteiro** ☐ **Casado (no Civil)** ☐ **Divorçado** ☐ **Separado judicialmente** ☐ **Viúvo** Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ **Sim** ☐ **Não** Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ **Sim** ☐ **Não** Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ **Sim** ☐ **Não** 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.

Local e Data: **CURRAIS NOVOS/RN, 27.12.2018**

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

RECEBIDO
22 JAN 2019
TERRA DO SOL ADM.
e COOPERADORA DE SEGS

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher o formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE CURRAIS NOVOS
Endereço: RUA RIO GRANDE DO NORTE, 216, STA MARIA GORETE, CURRAIS NOVOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018097001358 1.2 Data de Expedição: 18/12/2018 10:22:49
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 23/09/2018 13:00:00 2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública 2.7 Logradouro: RUA TOTA CONSTRUTOR
2.8 Número: S/N 2.9 CEP:
2.10 Complemento: 2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: PAZINHO MARIA 2.13 Cidade: CURRAIS NOVOS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MATHEUS RÉGIS MEDEIROS DE FREITAS 3.2 Estado civil: Sem Informação
3.3 Nome Social: 3.4 Pai:
3.5 Etnia: Sem Informação 3.6 Mãe: MARIA LÚCIA MEDEIROS DE ARAÚJO
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual: Ignorado
3.9 CPF: 3.10 Identidade de Gênero: Ignorado
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 24/06/1989
3.13 Profissão: VIGILANTE 3.14 RG: 2005099040745 - SSP/CE
3.15 Telefone(s): 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 248 3.18 Naturalidade: SÃO PAULO/SP
3.19 Bairro: JK 3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: RUA RUA FRANCISCA LEDA PINHEIRO
3.23 Cidade: CURRAIS NOVOS 3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: *****19867 7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: QGP9297 7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: YAMAHA 7.1.8 Modelo: YBR125I FACTOR ED
7.1.9 Ano do Modelo: 2018 7.1.10 Ano de Fabricação: 2018
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal: 7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: ALDO MARTINS DE ARAUJO 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor:
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA INFORMAR QUE NA DATA E HORA ACIMA MENCIONADA QUANDO SAIU DO SEU TRABALHO PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA E CAIU DA MESMA; QUE AO CAIR DA SUA MOTO FRATUROU A SUA CLAVÍCULA E FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E CONDUZIDO ATÉ O HOSPITAL REGIONAL DA CIDADE DE CURRAIS NOVOS/RN; QUE EM SEGUIDA ENCAMINHADO PRA O WALFREDO GURGEL.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 18/12/2018 10:22:49

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 2070944 - PAULO SÉRGIO VERAS NICÁCIO
Impresso por: 2070944 - PAULO SÉRGIO VERAS NICÁCIO em 18/12/2018 10:22:58

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2018097001358



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DR. SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
MARIANO COELHO - HRMC

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Nº 2578

Identificação	Responsável pelo preenchimento: <u>Lera Melo</u>	Data: <u>23/10/2018</u>	Hora: <u>11:50</u>
	Nome: <u>Mathews Regis Abesjeiros de Freitas</u>	Idade: <u>29</u>	Sexo: <u>(X)M</u> ()F
	Nº Cartão SUS: <u></u>	CPF/RG: <u>2005099040745</u>	Data Nasc. <u>24/06/1989</u>
	Endereço: <u>R. Francisca Péda Pinheiro, 248</u>	Cidade: <u>C. Nova</u>	FONE: <u></u>
	Bairro: <u></u>	Ocupação: <u></u>	
Forma de chegada: () Meio próprio () SAMU () Outras ambulâncias			

Classificação de Risco	Sinais vitais	PA: <u>x</u>	FC: <u></u>	FR: <u></u>	T: <u></u>	HGT: <u></u>	SatO ₂ : <u></u>
	Dor:	() Aguda () Crônica () Recorrente	Tipo de dor:	() Leve () Moderada () Forte () Severa			
	Estado Geral:	() Aparentemente BEM () REGULAR () GRAVE () Inconsciente () Consciente () Orientado () Confuso () Convulsão () Hemorragias () Politraumatizado					
	Queixa principal:						
	Comorbidades:						
	Medicamentos em uso:						
	Alergia medicamentos:						
	Classificação:	() Azul () Verde () Amarelo () Vermelho () Não classificado	Glasgow:				
Enfermeiro(a):		Coren:	Hora:				

História da doença atual/Exame clínico	<u>Acidente de moto - queda - após queda</u>	
	<u>15 minutos depois, com ferimentos</u>	

Diagnóstico	ACIDENTE
	, CARRO (X) MOTO () OUTROS

Avaliação Médica	Conduta/prescrição	Anotações de enfermagem
	<u>195 medicamentos</u>	
	<u>50 litros de Rx do cérebro (pressão 150)</u>	
	<u>25 mmHg 195</u>	<u>diálise 20 cc</u>
	<u>deca de 40</u>	<u>12/10/18</u>
	<u>Volta 75 mmHg (pressão)</u>	
	Fernando M. Nobrega Médico CRM 7834-PR	
	Assinatura e carimbo médico	Hora

Destino do paciente	Alta Hospitalar:	() Decisão médica () Cura () À pedido () À revelia () Óbito
	Internamento	() Clínica médica () Clínica cirúrgica () Pediatria () UTI geral () UCI NEO
	Transferência	Destino: <u></u>



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DR. SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
MARIANO COELHO - HRMC

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Nº 2578

Identificação	Responsável pelo preenchimento: <u>Lea Melo</u>	Data: <u>23/09/18</u>	Hora: <u>11:50</u>
	Nome: <u>Abatheus Regis Abefeiro de Freitas</u>	Idade: <u>29</u>	Sexo: <u>(X)M ()F</u>
	Nº Cartão SUS: <u></u>	CPF/RG: <u>2005099040745</u>	Data Nasc. <u>24/06/1989</u>
	Endereço: <u>R. Francisca Sêda Pinheiro, 248</u>	Cidade: <u>C. NOVA</u>	
	Bairro: <u></u>	Ocupação: <u></u>	FONE: <u></u>
Forma de chegada: <input type="checkbox"/> Meio próprio <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Outras ambulâncias			

Classificação de Risco	Sinais vitais	PA: <u>x</u>	FC: <u></u>	FR: <u></u>	T: <u></u>	HGT: <u></u>	SatO ₂ : <u></u>	
	Dor:	<input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Crônica <input type="checkbox"/> Recorrente						Tipo de dor: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Forte <input type="checkbox"/> Severa
	Estado Geral:	<input type="checkbox"/> Aparentemente BEM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Consciente						
		<input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Politraumatizado						
	Queixa principal:							
	Comorbidades:							
	Medicamentos em uso:							
	Alergia medicamentos:							
Classificação:	<input type="checkbox"/> Azul	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Não classificado	Glasgow: <u></u>		
Enfermeiro(a):					Coren: <u></u>	Hora: <u></u>		

História da doença atual/Exame clínico

Acidente de moto. Lucido - 6h. Queixa principal: dor no ombro direito, com limitação de movimento.

Diagnóstico

ACIDENTE

, CARRO ☒ MOTO ☐ OUTROS

Conduta/prescrição

Anotações de enfermagem

= 1^o atendimento
= Solicitado Rx do Ombro Direito ESQ.
Diagnóstico: 19h.
Dica: 4h.
Volta 75 FM. (Pessoa)
Diagnóstico: 20h.
Exame: 12/10/18

Fernando M. Nobrega
Médico
CRM 7684-6/RN

Assinatura e carimbo médico

RECEBIDO

22 JAN 2019

Hora

TERRA DO SOL ADM

RECEBIDO
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

Destino do paciente	Alta Hospitalar:	<input type="checkbox"/> Decisão médica	<input type="checkbox"/> Clínica médica	<input type="checkbox"/> Clínica cirúrgica	<input type="checkbox"/> Pediatria	<input type="checkbox"/> À revelia	<input type="checkbox"/> Óbito
	Internamento	<input type="checkbox"/> Clínica médica	<input type="checkbox"/> Clínica cirúrgica	<input type="checkbox"/> Pediatria	<input type="checkbox"/> UTI geral	<input type="checkbox"/> UCI NEO	
	Transferência	Destino: <u></u>					