

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 **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
FREITAS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2019

Valorização 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

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAL NESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- 1) Rx Olhos 0 2) Rx em oftalma*
- 3) Rx por mel plan*
- 4) Rx para oftalmologista*

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 Á Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

Médico (Carimbo)

CONFESSO SOU O ORIGINAL
NATHALIA 26/01/2014
MEU IACARÉ

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 Á 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

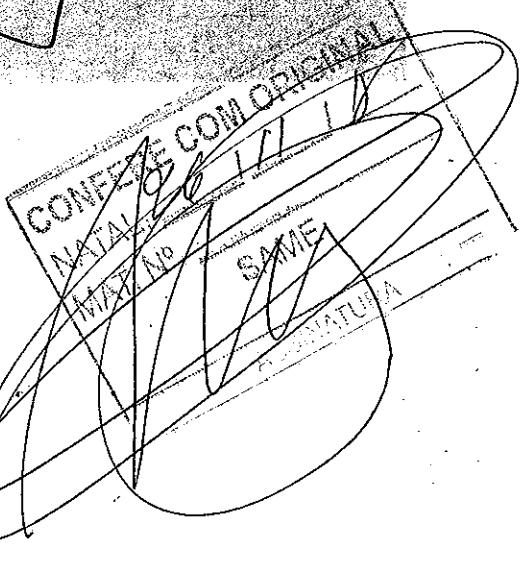
ACABRN

Na fachada do Hospital Dr. Mariano Coelho
Encontramos um aviso que
informa à comunidade que o Hospital Dr. Mariano Coelho
está em processo de reforma e que os serviços
serão deslocados para o Hospital Estadual de Currais Novos
na Rua 25 de Março, e que os atendimentos
de o Dia 01 de Outubro de 2003.

25/09/03

Fernando M. Nobrega
Médico
CRM 7624-RN

07 JAN 77
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE SEGURO SAÚDE



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 PRIMÁRIA 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: () DECIÃO MEDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

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

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ALGORITMO PI-SUporte Básico de Vida: 1- Avalie a Responsividade da Vítima, 2- Peça ajuda a outra pessoa (ligue 192 quando estiver fora de hospitais), 3- Peça um desfibrilador (DEA), 4- Avalie respiração (ver, ouvir, sentir), 5- Se apreia, aplique 2 ventilações de resgate (dispositivo BOLSA, VALVA, MASCARILLA), 6- Avalie pulso carotídeo, ou femoral (branqueie em lactente), 7- Se pulso, aplique 1 choque (360 J ou 360 J para BIFÁSICO), e reinicie RCP, 8- Dea (aproximadamente 30:2), 9- Rátingo chocável: aplique 1 choque (360 J ou 360 J para BIFÁSICO), e reinicie RCP, 10- Rítimo não chocável, reinicie RCP (30:2), 11- Avalie o ritmo a cada 3 ciclos, 12- Pare RCP quando a equipe de suporte avançada assumir, 13- Coloque a enxovalgina.

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIODILOGIA E IMAGEM)

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAGENS E PROCEDIMENTOS)

LABORATÓRIO DE ANAISSES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAGENS DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

CLASSEIFICAÇÃO DO TOC

FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXO

COLOCAR O ESPAÇO DESMARCADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL

PIOL	PIOL POSSITIVO	HISTÓRICO	HISTÓRICO POSSITIVO	PIOL	PIOL POSSITIVO	HISTÓRICO	HISTÓRICO POSSITIVO
SEM	LEVE	Moderado	Moderado	SEM	LEVE	Moderado	Moderado
00	00	00	00	00	00	00	00
1400	=1	=1	=1	1400	=1	=1	=1
50-750	=2	=2	=2	50-750	=2	=2	=2
2500	=3	=3	=3	2500	=3	=3	=3
10-200	=4	=4	=4	10-200	=4	=4	=4
30	=5	=5	=5	30	=5	=5	=5
6-30	=6	=6	=6	6-30	=6	=6	=6
2200	=7	=7	=7	2200	=7	=7	=7
10-20	=8	=8	=8	10-20	=8	=8	=8
30	=9	=9	=9	30	=9	=9	=9
6-10	=10	=10	=10	6-10	=10	=10	=10
14-1500	=11	=11	=11	14-1500	=11	=11	=11
00-50 moderado	=12	=12	=12	00-50 moderado	=12	=12	=12
moderado	=13	=13	=13	moderado	=13	=13	=13
moderado	=14	=14	=14	moderado	=14	=14	=14
moderado	=15	=15	=15	moderado	=15	=15	=15
moderado	=16	=16	=16	moderado	=16	=16	=16
moderado	=17	=17	=17	moderado	=17	=17	=17
moderado	=18	=18	=18	moderado	=18	=18	=18
moderado	=19	=19	=19	moderado	=19	=19	=19
moderado	=20	=20	=20	moderado	=20	=20	=20

PIOL POSSITIVO	HISTÓRICO POSSITIVO	PIOL	PIOL POSSITIVO	PIOL	PIOL POSSITIVO	HISTÓRICO	HISTÓRICO POSSITIVO
00	00	00	00	00	00	00	00
1400	=1	=1	=1	1400	=1	=1	=1
50-750	=2	=2	=2	50-750	=2	=2	=2
2500	=3	=3	=3	2500	=3	=3	=3
10-200	=4	=4	=4	10-200	=4	=4	=4
30	=5	=5	=5	30	=5	=5	=5
6-30	=6	=6	=6	6-30	=6	=6	=6
2200	=7	=7	=7	2200	=7	=7	=7
10-20	=8	=8	=8	10-20	=8	=8	=8
30	=9	=9	=9	30	=9	=9	=9
6-10	=10	=10	=10	6-10	=10	=10	=10
14-1500	=11	=11	=11	14-1500	=11	=11	=11
00-50 moderado	=12	=12	=12	00-50 moderado	=12	=12	=12
moderado	=13	=13	=13	moderado	=13	=13	=13
moderado	=14	=14	=14	moderado	=14	=14	=14
moderado	=15	=15	=15	moderado	=15	=15	=15
moderado	=16	=16	=16	moderado	=16	=16	=16
moderado	=17	=17	=17	moderado	=17	=17	=17
moderado	=18	=18	=18	moderado	=18	=18	=18
moderado	=19	=19	=19	moderado	=19	=19	=19
moderado	=20	=20	=20	moderado	=20	=20	=20
moderado	=21	=21	=21	moderado	=21	=21	=21
moderado	=22	=22	=22	moderado	=22	=22	=22
moderado	=23	=23	=23	moderado	=23	=23	=23
moderado	=24	=24	=24	moderado	=24	=24	=24
moderado	=25	=25	=25	moderado	=25	=25	=25
moderado	=26	=26	=26	moderado	=26	=26	=26
moderado	=27	=27	=27	moderado	=27	=27	=27
moderado	=28	=28	=28	moderado	=28	=28	=28
moderado	=29	=29	=29	moderado	=29	=29	=29
moderado	=30	=30	=30	moderado	=30	=30	=30
moderado	=31	=31	=31	moderado	=31	=31	=31
moderado	=32	=32	=32	moderado	=32	=32	=32
moderado	=33	=33	=33	moderado	=33	=33	=33
moderado	=34	=34	=34	moderado	=34	=34	=34
moderado	=35	=35	=35	moderado	=35	=35	=35
moderado	=36	=36	=36	moderado	=36	=36	=36
moderado	=37	=37	=37	moderado	=37	=37	=37
moderado	=38	=38	=38	moderado	=38	=38	=38
moderado	=39	=39	=39	moderado	=39	=39	=39
moderado	=40	=40	=40	moderado	=40	=40	=40
moderado	=41	=41	=41	moderado	=41	=41	=41
moderado	=42	=42	=42	moderado	=42	=42	=42
moderado	=43	=43	=43	moderado	=43	=43	=43
moderado	=44	=44	=44	moderado	=44	=44	=44
moderado	=45	=45	=45	moderado	=45	=45	=45
moderado	=46	=46	=46	moderado	=46	=46	=46
moderado	=47	=47	=47	moderado	=47	=47	=47
moderado	=48	=48	=48	moderado	=48	=48	=48
moderado	=49	=49	=49	moderado	=49	=49	=49
moderado	=50	=50	=50	moderado	=50	=50	=50
moderado	=51	=51	=51	moderado	=51	=51	=51
moderado	=52	=52	=52	moderado	=52	=52	=52
moderado	=53	=53	=53	moderado	=53	=53	=53
moderado	=54	=54	=54	moderado	=54	=54	=54
moderado	=55	=55	=55	moderado	=55	=55	=55
moderado	=56	=56	=56	moderado	=56	=56	=56
moderado	=57	=57	=57	moderado	=57	=57	=57
moderado	=58	=58	=58	moderado	=58	=58	=58
moderado	=59	=59	=59	moderado	=59	=59	=59
moderado	=60	=60	=60	moderado	=60	=60	=60
moderado	=61	=61	=61	moderado	=61	=61	=61
moderado	=62	=62	=62	moderado	=62	=62	=62
moderado	=63	=63	=63	moderado	=63	=63	=63
moderado	=64	=64	=64	moderado	=64	=64	=64
moderado	=65	=65	=65	moderado	=65	=65	=65
moderado	=66	=66	=66	moderado	=66	=66	=66
moderado	=67	=67	=67	moderado	=67	=67	=67
moderado	=68	=68	=68	moderado	=68	=68	=68
moderado	=69	=69	=69	moderado	=69	=69	=69
moderado	=70	=70	=70	moderado	=70	=70	=70
moderado	=71	=71	=71	moderado	=71	=71	=71
moderado	=72	=72	=72	moderado	=72	=72	=72
moderado	=73	=73	=73	moderado	=73	=73	=73
moderado	=74	=74	=74	moderado	=74	=74	=74
moderado	=75	=75	=75	moderado	=75	=75	=75
moderado	=76	=76	=76	moderado	=76	=76	=76
moderado	=77	=77	=77	moderado	=77	=77	=77
moderado	=78	=78	=78	moderado	=78	=78	=78
moderado	=79	=79	=79	moderado	=79	=79	=79
moderado	=80	=80	=80	moderado	=80	=80	=80
moderado	=81	=81	=81	moderado	=81	=81	=81
moderado	=82	=82	=82	moderado	=82	=82	=82
moderado	=83	=83	=83	moderado	=83	=83	=83
moderado	=84	=84	=84	moderado	=84	=84	=84
moderado	=85	=85	=85	moderado	=85	=85	=85
moderado	=86	=86	=86	moderado	=86	=86	=86
moderado	=87	=87	=87	moderado	=87	=87	=87
moderado	=88	=88	=88	moderado	=88	=88	=88
moderado	=89	=89	=89	moderado	=89	=89	=89
moderado	=90	=90	=90	moderado	=90	=90	=90
moderado	=91	=91	=91	moderado	=91	=91	=91
moderado	=92	=92	=92	moderado	=92	=92	=92
moderado	=93	=93	=93	moderado	=93	=93	=93
moderado	=94	=94	=94	moderado	=94	=94	=94
moderado	=95	=95	=95	moderado	=95	=95	=95
moderado	=96	=96	=96	moderado	=96	=96	=96
moderado	=97	=97	=97	moderado	=97	=97	=97
moderado	=98	=98	=98	moderado	=98	=98	=98
moderado	=99	=99	=99	moderado	=99	=99	=99
moderado	=100	=100	=100	moderado	=100	=100	=100

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIODILOGIA E IMAGEM)

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAGENS E PROCEDIMENTOS)

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

AL REG
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

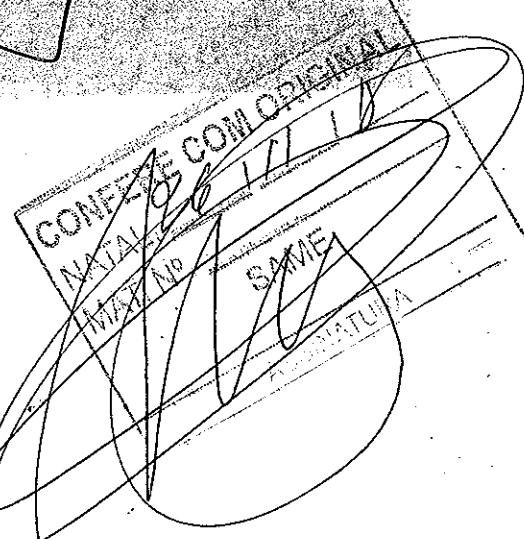
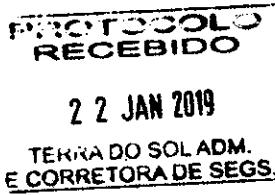
ACARAJÉ

Mafoas Regis Melo de Souza
Encaminhamento o
para o Dr. Vitoria em favor
da paciente Mafos, informa da pos
sição da clínica ESTI para
essa paciente e com este
o Dr. Dafé pediste

23/01/18

Fernando M. Nóbrega
Médico
CRM 7681/RN

RECEBIDO
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS





SERIDÓ
CLÍNICA

RECEITUÁRIO
MÉDICO

Jairto

Documente a lesão re-
sultante de queda de
ciclista em motocicleta no
dia 13/11/2018, ferido apresenta
a clínica exposta.

Submete-se a exame
comprovador - radiográfico.

Encontra-se com fratura
funcional do M.T. com apre-
sente inchaço e edema com de-
pósito hematico. Bifurco e se-
minário do esôfago.

Dr. Rawlinson Oliveira Santos
Ortopedia / Traumatologia
CRM RN 3366

18/11/2018
Dr. Edimar 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).

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Cesta Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0361

1 CONTA: 29.951

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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.

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 Lider 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) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou: Sim Não Vítima deixou: Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, CURRAIS NOVOS/RN, 27.12.2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

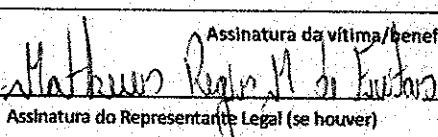
Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

RECEBIDO

Assinatura

22 JAN 2019

TERRA DO SOL ADM.

CORRETORA DE SEGUROS

(*) 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

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: PAIZINHO MARIA

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.16 Logradouro: RUA TOTA CONSTRUTOR

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 NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

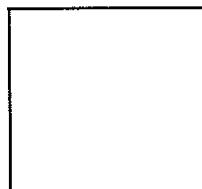
O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 18/12/2018 10:22:49

Policial

Interessado

Matheus Régis M de Freitas



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

00000000000000000000000000000000



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: <i>Leila Soelo</i>	Data: <i>23/10/18</i>	Hora: <i>11:50</i>
	Nome: <i>Mathews Regis Soeiro de Freitas</i>	Idade: <i>29</i>	Sexo: <i>()M ()F</i>
	Nº Cartão SUS:	CPF/RG: <i>2005099040745</i>	Data Nasc. <i>24/06/1989</i>
	Endereço: <i>R. Francisco Sá da Pinheiros, 248</i>	Cidade: <i>C. Novos</i>	
	Bairro:	Ocupação:	FONE:
	Forma de chegada: <input type="checkbox"/> Meio próprio <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Outras ambulâncias		

Sinais vitais	PA: <i>x</i>	FC:	FR:	T:	HGT:	SatO ₂ :
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:
Enfermeiro(a):					Coren:	Hora:

História da doença atual/Exame clínico

*Acidente c/ Moto. Ficado - 5 dias. Pq
15/10/2018 - esmagamento genital direito, com fundo
no Ovario. Tumor 6cm. Ess.*

Avaliação Médica	Diagnóstico	ACIDENTE
	, CARRO <input checked="" type="checkbox"/> MOTO <input type="checkbox"/> OUTROS	
	Conduta/prescrição	Anotações de enfermagem
	<i>= 195 presso de cima = So licado p/ da dentro (faco ESS)</i>	
	<i>Diarréa 195- Decadente 95- Vulvite 95- fdi. (Rinsa)</i>	<i>Diáris fad. 30-30cc Sudorese 12.1000 12.1000</i>
	<i>Fernando M. Nóbrega Médico CRM 70884/RN</i>	<i>Obs: LEBIDO 07 JAN 2019 TURNO DO RECETOR DE SEGS SOLACUM</i>
Assinatura e carimbo médico	Hora	

síntese do paciente	Alta Hospitalar:	<input type="checkbox"/> Decisão médica	<input type="checkbox"/> Cura	<input type="checkbox"/> À pedido	<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:				



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 N° 2578

Identificação	Responsável pelo preenchimento: <i>Leila Abelo</i>	Data: <i>23/10/18</i>	Hora: <i>11:50</i>
	Nome: <i>Mathews Regis Abreu de Freitas</i>	Idade: <i>29</i>	Sexo: <i>()M ()F</i>
Nº Cartão SUS:	CPF/RG: <i>2005099040745</i>	Data Nasc. <i>24/06/1989</i>	
Endereço: <i>R. Francisca Seda Pinheiros, 248</i>	Cidade: <i>C. Novo</i>		
Bairro:	Ocupação:	FONE:	
Forma de chegada: <input type="checkbox"/> Meio próprio <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Outras ambulâncias			

Sinais vitais	PA: <i>x</i>	FC:	FR:	T:	HGT:	SatO ₂ :
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:	<i>()Aparentemente BEM ()REGULAR ()GRAVE ()Inconsciente ()Consciente ()Orientado ()Confuso ()Convulsão ()Hemorragias ()Politraumatizado</i>					
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:
Enfermeiro(a):				Coren:	Hora:	

História da doença atual/Exame clínico

Acidente c/ moto. Ficado - 60cm deu 150 norações gastrintestinais, com fundo no ouro (claro) Esg.

Diagnóstico

ACIDENTE

CARRO MOTO OUTROS

Conduta/prescrição	Anotações de enfermagem
<i>= 195 pressionamento = 80 cicatrizes de dente (molar Esg.)</i>	
<i>Diáfragma 195. Decadente 45. Vóltice 75 fm. (molar)</i>	<i>diáfragma 200cc sutura 12/10mm Obs: RECEBIDO</i>
<p>Fernando M. Nóbrega Médico CRM 7684-RN</p> <p>Assinatura e carimbo médico</p>	<p>TERRA DO SOLADM RECEBIDO</p> <p>22 JAN 2019 Hora</p> <p><i>RECEBIDO</i></p> <p><i>TERRA DO SOLADM ECORRETORADESEGS</i></p>

síntese do paciente	Alta Hospitalar: <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> E CORRETORADESEGS Spedido	<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 <input type="checkbox"/> Destino:	