

# 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: 23/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: ANGELA MENDES DE OLIVEIRA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04456

CONTA: 00001027114-7

---

Nr. da Autenticação 0D6443B5BEDAA98A

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190505971      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANGELA MENDES DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 29/04/2019      **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do platô tibial esquerdo. Ferimento corto-contuso com escoriações abrasivas em mão e em pé esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico apresenta limitação severa do joelho esquerdo, edema local até o terço médio da perna esquerda e retração cicatricial. Mão esquerda apresenta bloqueios do 3º, 4º e 5º quirodáctilos esquerdos com queloides na região palmar (vide observação).

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico para desbridamento e redução da fratura do platô com uso de fixador externo transarticular e sutura dos ferimentos corto-contusos em pé e em mão esquerdos. Evoluiu sem complicações. Retirado o fixador externo em 28/05/2019..Alta médica

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 16/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR: Documentado apenas no BAM ferimento corto-contuso com escoriações abrasivas em mão esquerda, folha de sala cirúrgica menciona apenas sutura em ferimentos em mão e pé esquerdos, sendo assim não é possível correlacionar as sequelas descritas em mão esquerda com as lesões documentadas.

## 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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>



Prontuário: 207263



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 Tarcisio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **ANGELA MENDES DE OLIVEIRA MORAIS** (Fia: 2167/2019), CPF:85166952472.

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, 29 de Abril de 2019.

Josicleia Lima de Almeida Silva

Paciente ou responsável

CCIH - HRTM  
DATA: 04/02/19  
Requerida  
Assinatura

NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃ<sup>A</sup> A NCI<sup>A</sup>  
EPIDEMIOLÓGICO - HRTM.  
DATA: 05/02/19

Assinatura

Josicleia Lima de Almeida  
COREN-RN 916.327-TE

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 05/02/2019

SAME / ARQUIVO

B1M

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2503689
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2503689

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO				
ANGELA MENDES DE OLIVEIRA MORAIS (8 - 2167/2019)	207263				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RACA/COR	10.1 - ETNIA	
700503522807154	11/12/1971	Masc. 1; Fem. 3	PARDA		
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO				
JUDITE MENDES DE OLIVEIRA	Nº DO TELEFONE				
84 96173103	13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO			
ANGELA MENDES DE OLIVEIRA MORAIS	Nº DO TELEFONE				
84 96173103	15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP
MANOEL LUCAS MOTA, 567 - REDENCAO	MOSSORÓ	240800	RN	59620410	

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Coluna lombosacra com dor e desconforto ao praticar esportes.  
Plano torácico com dor e fadiga intensa e permanente abrindo-se nos membros inferiores.*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

*Angina* 0408050,8000

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

*Exame para I parox*

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR

24 - CID 10

PRINCIPAL

25 - CID 10

SECUNDÁRIO

26 - CID 10

CAUSAS ASSOC.

*S81.8 V8.9*

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPI

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

*04130 30013*

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

CIR

2

( ) CNS ( ) CPF

13186183472

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSIN. E CARIMBO NO REGISTRO DO CONSELHO

ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO

29/04/2019

*DR. RODRIGO JESUS DE SOUZA*

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BICHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBCR

38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO M. MA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 05/04/2019

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

(X) CNS ( ) CPF

980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

BAMS  
SAME / ARQUIVO

1. 1990-1991 DO NOT USE. 2. 1991-1992 USED IN CONT.  
3. 1992-1993 USED IN CONT. 4. 1993-1994 USED IN CONT.  
5. 1994-1995 USED IN CONT. 6. 1995-1996 USED IN CONT.

Angela y su hermano de ojos azules  
y pelaje gris. Se la llevó a casa.  
Muy amable. M. Monache. Proveniente  
de Edelso. Se lo quería.  
1410. 14135.

40 ~~specimens~~  
1000

1. immediate  
2. parent

2 minutes

## Biographies

first 5 minutes  
first 4 minutes  
first 5 minutes

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 05/07/2019

SAME/ARAUIVO

324

30. *Chrysidina* sp. sp.

500 ml

*Grindfield*

2 Wm. D. Lee

2nd stage.  
was worn across 4 rows of side



MINISTÉRIO  
DA  
SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

FOLHA  
1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE:

7 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACIOCOR

MASC

FEM

12 - TELEFONE DE CONTATO

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

PSSA

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IGAZ MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*pacador, esaudor na estabilização  
de fratura exposta, II grau, tibia  
e fêmur, R2, com artrose.*

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

CIN 40.100.000-0

CRM 100.000-0

CPA 100.000-0

CFP 100.000-0

CONSELHO 100.000-0

RESERVA 100.000-0

44 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

45 - DOCUMENTO

I - CNS

II - CDPF

AUTORIZAÇÃO

46 - CÓD. ÓRGÃO EXATOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CIN 40.100.000-0

CRM 100.000-0

CPA 100.000-0

CFP 100.000-0

CONSELHO 100.000-0

RESERVA 100.000-0



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Jorge Henrique de Oliveira Reg.º Reg.º \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: Hematoma c/ fratura exposta placa L2 + Fr. de

Indicação terapêutica: Fr. c/ placa L2 + Fr. de

INTERVENÇÃO

Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ Duracão: \_\_\_\_\_

Operador Doutor Jair \_\_\_\_\_

1<sup>a</sup> Auxiliar: Doutor Jair \_\_\_\_\_

2<sup>a</sup> Auxiliar: \_\_\_\_\_

3<sup>a</sup> Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anestesista: Doutor Celso \_\_\_\_\_

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 15/05/19

SAME / ARQUIVO 3105

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 ( ) Pol. Contaminada ( ) Contaminada ( ) Infectada

Incisão realizada L1-50% e PUPIT deg  
g. LAS + g. + h. 50% cruritismo  
g. debridamento + desbrid. e colabid. c/  
fixador externo para articulações c/ frax  
estabilizadas.

Sistema per. plást. + bainha d'ABC abs  
perfusão OK

Oto permanec

DATA: 09/06/2019

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

Nome: ANGELA MENDES DE OLIVEIRA MORAIS 47 ANOS  
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMAGEM Leito: 212-2  
DATA DA ADMISSÃO: 29/04/2019 MOSSORÓ-RN CODIGO: 39096  
DATA: 07/06/2019 EVOLUÇÃO  
12º DIAS POR FRATURA EXPÔSTA DE PLATO TIBIAL, E, EM USO DE TALA COXO-PODALICA (E OUTRAS  
LESÕES JÁ CICATRIZADAS EM MÃO E PÉ) E  
RETIRADA DO FIXADOR EXTERNO EM 28/05  
QP: SEM QUEIXAS  
EP: BUG, COITE, FUPNEICA, NORMOCORADA, AFEBRIL  
AVARÉGIO PULMONAR E CARDIOVASCULAR SEM ANORMALIDADES AO EXAME  
ABD PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PM/PAÇÃO PROFUNDA  
ORIFÍCIO DO PINO DA COXA COM SUPURAÇÃO LEVE  
SITUAÇÃO: LABORATÓRIO (04/06): HB:9.9 HCT:31.4 LEUCO:6300 PLAQ:216  
INCLUSÃO NO SISREG SOLICITADA.  
AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA  
BAIXO RISCO CIRÚRGICO  
CD:  
VFM:

	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DICLATA VC 10ML	
2	SFO 300MG/ML CV PARA 24 HORAS	
3	DIPRIDONA 50MG/ML 2ML+18 ABD FV 6/6H. FIXO	
4	PLASIL 50MG/ML 2 ML+ 18 ABD, 6/8 HRS, EV SN	
5	CLEXAN 10MG SC X DIA	Paciente recebeu 30.06.19
6	OMIPRAZOLE 40MG+ ABD, 1X/DIA. EM JEJUM, EV	
7	ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	
8	TRAMADOL 50MG/ML - 1ML + DORSAL 5% 3% EV 8/8 HORAS SN	
9	DIAZEPAM 5MG, TOMAR X CP VO A NOITE	
10	FISIOTERAPIA MOTORA DIÁRIA PARA MÃO E OS OUTROS MEMBROS NAO ENFAIXADOS	
11	SSVV/CIGO	

R RX ONTROLE !!!

Diego Ariel de Lima  
CRM/RN 7408  
ROC / 2004  
TEOT / 1967

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 05/06/2019

B/M  
SAME / ARQUIVO

DR. WILLIAM CARVALHO FERREIRA

CRM 1150-MTB149 RJ

ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMÁTICAS  
MEDICINA DO TRABALHO

LACUD MEDICO

ORTOPÉDICO

A paciente ANGELA MENDES DE OLIVEIRA MORAIS, 47 ANOS de idade, auxiliar de COZINHA, foi examinada, do ponto de VISTA ORTOPÉDICO, CLÍNICA e RADIOLOGICAMENTE

e DIAGNÓSTICO: Pelotilha Matâmo, causado por acidente de TRANSITO com Queda de MOTO na BR 405. Esmagamento da

HISTÓRICO: TRAUMA de grande IMPACTO

NO joelho e mão esquerda, com FRACTURAS GRAVES e expostas NA plataforma tibial e metáfise proximal tibial, além de FRACTURAS com perdas de substâncias.

NO HRTM em MOSSORÓ, Boletim 47526/2019

Foi operada de urgência e instalado FIXADOR externo em joelhos, tibia e fêmur esquerdo, além de SUTURAS e TENTATIVAS de recuperação. Com perdas de tecidos GRAVES e

NÃO teve oportunidadade ao segundo tempo operatório do joelho.

Tem perspectiva de melhora que a condição é PRECOCIDENA CONCLUI que em definitivo representa PERDA de 70%. NÃO há previsão de deixar a condição

Policlínica Médica

Rua João Pessoa, 68 – Centro

Fone (84) 3321-6121

Horário 2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> a partir das 10h da manhã

Convenio que seja AVAIIADA percionalmente para 3<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> Todas as manhãs  
o que for de DIREITO.

Mossoró 19.08.2019

de CADEIRANTE, com auxílio de

TERCEIROS.

CD,0 T93 + T92

Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro  
Fone (84) 3317-3636  
Horário 2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> a partir das 7h as 9h30min

3<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> Todas as manhãs  
Fco. William Carvalho Ferreira  
CRM 1150-MTB149 RJ  
MEDICINA DO TRABALHO - MTB149 RJ



Prontuário: 207263



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 **ANGELA MENDES DE OLIVEIRA MORAIS** (Fia: 2167/2019), CPF:85166952472.

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, 29 de Abril de 2019.

*Josicleia Lima de Alcântara*

Paciente ou responsável

CCIIH - HRTM  
DATA: 04/04/19  
REPROVADA  
Assinatura

NUCLEO DE VIGILANCIA  
EPIDEMICO- SANITARIA  
DATA: 05/04/19

Assinatura

Josicleia Lima de Alcântara  
COREN-RN 916.327-TE

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 05/04/2019  
B.I.M.

SAME / ARQUIVO

Dr. Antônio Pinheiro de A. Neto  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM 1.161-RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 05/07/2019

BINJ  
SAME / ARQUIVO

05/07/2019 - 10:00 AM  
DR. ANTONIO PINHEIRO DE A. NETO  
CRM 1.161-RN

DR. ANTONIO PINHEIRO DE A. NETO

**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

ANGELA MENDES DE OLIVEIRA MORAIS (8 - 2167/2019)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

207263

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700503522807154

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/12/1971

9 - SEXO

Masc.  1 Fem.  3

10 - RACA/COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

JUDITE MENDES DE OLIVEIRA

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

98173103

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ANGELA MENDES DE OLIVEIRA MORAIS

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

98173103

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

MANOEL LUCAS MOTA, 567 - REDENCAO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MOSSORÓ

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

240800

18 - UF

RN

19 - CEP

59620410

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Febre tóxica / fraca hipotensão  
Plaquetas baixas e PCT mal e PC E +  
exsudatos abcessos. nos auditivos (1 mês).*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

*Febre tóxica*

*04080.50.800*

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

*Febre tóxica e parox*

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

PRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR

24 - CID 10

PRINCIPAL

25 - CID 10

SECUNDÁRIO

26 - CID 10

CAUSAS ASSOC.

*SSA VD 9*

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPEC

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

*04150-300/3*

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

CIR

2

( ) CNS (X) CPF

13186183472

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/04/2019

35 - ASSIN. E CARMÔ (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

*ROGÉRIO JAMES*

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DA BIQUETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CEOR

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 EMISOR

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

(X) CNS ( ) CPF

980015001835565

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

*05/07/2018*

*B105*  
SAME / ARQUIVO

Angela sendes de Oliveira volta para  
reclama de receber fute. Taxa 18-25-18  
Angela D.R. Marques em Dr. Moreira  
numerário DR. Edelmo. Declarou  
que o dia 14-10-

1970-1971 33  
O.B.

90 ~~estimated~~  
100 ~~conf~~

*I am at  
your*

## جَنْدِل

جیساں

First Gravida  
First & term.  
First Gravida

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 05/03/2019

SAME / ARQUIVO

*Chrysidina* sp. sp.

500

Grandville

2 June 1968.

5 Marcs de codas



MINISTÉRIO  
DA  
SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

FOLHA  
1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE:

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACA/COR

MASC

FEM

11 - NOME DA MÃE

SSN

12 - FONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

SSN

14 - FONE DE COVATI

15 - ENDERECO (RUA, N°, Bairro)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. ISSA MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AI)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CB 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI 01

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - QTD.

**41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Paciente desador na estabilização  
de fratura exposta, GII, malha  
externa de transarticular.*

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

*Cirurgião Dr. José L. da Cunha*

44 - DOCUMENTO

45 - N° DOCUMENTO (CRF/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

NCPP

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - NOME DO TRIBUNOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - N° DOCUMENTO (CHAMPA) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

NCPP

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 15/07/2017

B100  
SAME / ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome

Fagner Almeida de C. Maranç Reg N°

Diagnóstico pré-operatório:

Fractura clínica do friso exposto plástico + ferida aberta

Indicação terapêutica:

Caixa de plástico clínica + fechamento

INTERVENÇÃO

Início:

Fim:

Duração:

Operador

1<sup>a</sup> Auxiliar:

2<sup>a</sup> Auxiliar:

3<sup>a</sup> Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 05/04/2019

SAME / ARQUIVO

8105

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

( ) Pct Contaminada

( ) Contaminada

( ) Infectada

DPH Melancolia  
Laringe com 1º grau e PVT dep  
GAS + GCS + laringe 5º grau mastigina  
D. de hidrante + Redutor e estabilizador +  
fixador externo braço - antebraço 1º grau  
estabilidade.

Sutura pct clínica + curativo d. A.G. n.º  
ferida ok

Pto. para internação

DATA: 09/06/2019

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

Nome: ANGELA MENDES DE OLIVEIRA MIGRAIS  
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Letra: 212-2  
47 ANOS  
DATA DA ADMISSÃO: 29/04/2019 MOSSORÓ - RN CODIGO: 39896  
DATA: EVOLUÇÃO

42ºDIH PÓR FRACTURA EXPOSTA DE PLATO TIBIAL E, EM USO DE TALA COXO-PODÁLICA (E OUTRAS  
LESÕES JÁ CICATRIZADAS EM MÃO E PÉ B)  
RETIRO DA FIXADORA ENFERMAGEM 28/05

QP: SEM QUÍXAS

LE: REG. COTE, EUPNEICA, NORMOCORABIA, AFEBRIL  
APARELHO PULMONAR E CARDIOVASCULAR SEM ANORMALIDADES AO EXAME  
FARO PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA  
ORIFÍCIO DO PENO DA COXA COM SUPURAÇÃO LEVE

SITUAÇÃO: LABORATÓRIO (04/05): Hb:9.9 HCT:31.4 LEUCO:6300 PLAQ:216  
FAIXA SÁU NO SISREG SOLICITADA  
AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA  
BAIXO RISCO CIRURGICO

CD:

VPM:

PREScriÇÃO

HORÁRIO

1	D.ETAVIC LIVRE	
2	5%0,9% 1500 ML EV FARA 24 HORAS	16:00
3	DIPIROXA 500MG/ML 2ML + 18 ABQ EV 6/6H. FIXO	16:00
4	FLASH 5MG/ML 2 ML+ 18 ABQ, 8/8 TIRS, EV SN	16:00
5	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	16:00
6	OMIFRAZOL 40MG+ ABQ, 1X/DIA EM 2X10ML, EV	16:00
7	ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	16:00
8	TRAMADOL 50MG/ML - 1ML + 50ML SF0,9% EV 8/8 HORAS SN	16:00
9	CIAZLIPAM 5MG , TOMAR X C/ VCG A NOITE	16:00
10	MISOTERÓPICA MÍDIA DIÁRIA PARA MAO E OS OUTROS MEMBROS NAO ENFAIXADOS	16:00
11	SSVV+CCV	16:00

R RX CONTROLE 11

Diego Ariel de Lima  
CRM-RN 1405  
ROE - 1904  
TEC1 15467

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 05/06/2019

SAME / ARQUIVO

B142



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escritura(s) (física(s)) de cobertura:  DATAS (DIA/PESO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - N° do documento: 853.669.524-72 | 4 - Nome completo da vítima: Angela Mendes de J. Morais

REGISTRO DE INFORMAÇÕES DO CONTRASTANTE DE RENDA MENSAL DA PESSOA FISCALIZADA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSP-B N° 405/2012

5 - Nome completo: Angela Mendes de Oliveira Morais  
 7 - Profissão: Moradora  
 11 - Endereço: Rua Manoel Lucas Mota  
 12 - Bairro: Morros  
 13 - Telefone: (xx) 59620-450  
 14 - Celular: (xx) 99327-0066  
 15 - E-mail: Não Possui

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR EM REDE 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:

RECEBENDO INFORMAR:  R\$ 2.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00  
 SEM RENDA:  R\$ 50.001,00 ATÉ R\$ 7.500,00  
 ACIMA DE R\$ 5.000,00

22 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOS)

CONTA POSSUI NCN (bonificável)  CONTA POSSUI NCN (bonificável)  CONTA POSSUI NCN (bonificável)  
 Bradesco (237)  Itaú (301)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (não possuir):  
 Nome do BANCO: Banco Santander

AGÊNCIA: 4456 CONTA: 03-027534-7

Informar o dígitos se existir] Informar o dígitos se existir] Informar o dígitos se existir]

Informar o dígitos se existir] Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, recibo voluntariamente, a dizer, declarar, que não tenho direito à efetivação do crédito, quaisquer ônus de valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO À LIBERAÇÃO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE/INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que sou legítimo(a) titular e posseiro(a) da(s) polícia(s) médica(s) legal(ies) para os fins de requerimento da liberação do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (apontar uma das opções):

Não há IMI que atenda a região do residente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do residente ou da minha residência não realiza polícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a região do residente ou da minha residência realiza polícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Piso ressalta que é necessário o preenchimento da seguinte declaração: Se a polícia médica prevede e é informada no Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com polícias de indenização, recuperável, desde 30 (trinta) dias, até o menor de 60 (sessenta) dias, para verificação da existência e disponibilidade das mesmas, para efeitos de pagamento de indenizações devidas ao beneficiário, que tal autorização não significa privá-lo da sua eventualização, ou deixa-lhe o direito de contestar o caso diverso daquele constado.

DECLARAÇÃO US UNICOS BENEFICIARIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:  Solteiro  Casado (casado)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo  24 - Data da morte do beneficiário:

25 - Grandes Parentes: sim  não  26 - Vítima deixou compromisso(s):  Sim  não  Se a vítima deixou compromisso(s), informar o nome e emprego:

27 - Vítima:  Sim  Su filha (filho), informar:  Sim  30 - Vítima, informar:  Sim  31 - Vítima:  Sim  32 - Testimônio, informar:  Sim  33 - Vítima deu deixa:  Sim  
 Seu filho(s):  Não  Vivos:  Falecidos:  falecidos viveram?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider presta, nos termos da legislação, a indicação do Seguro DPVAT por todos aqueles beneficiários que não representem o próprio interessado, ou seja, que não tenham direito ao seguro, devido ao fato de que a Seguradora Lider, para efeitos de pagamento das indenizações, não considera que o seu beneficiário seja legítimo(a) para receber o valor recebido, além de que este beneficiário, pode ser réu, ainda, devido a qualquer envolvimento de delitos que o tornem culpado perante a justiça, e não responde pelo cumprimento da obrigação legalizada no artigo 209 do Código Penal.

34 - Assinatura do cliente assina a rogo/a pedido:

35 - Assinatura 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 - N° | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - N° | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/familiar (declarante): \_\_\_\_\_

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

44 - Assinatura do Advogado (se houver): \_\_\_\_\_

45 - Assinatura do Juiz (se houver): \_\_\_\_\_

46 - Assinatura do Ministério PÚBLICO (se houver): \_\_\_\_\_

47 - Assinatura da Promotoria (se houver): \_\_\_\_\_

48 - Assinatura da Defensoria Pública (se houver): \_\_\_\_\_

49 - Assinatura da Procuradoria Geral (se houver): \_\_\_\_\_

50 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda (se houver): \_\_\_\_\_

51 - Assinatura da Procuradoria da República (se houver): \_\_\_\_\_

52 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda Federal (se houver): \_\_\_\_\_

53 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda Estadual (se houver): \_\_\_\_\_

54 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda Municipal (se houver): \_\_\_\_\_

55 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda Distrital (se houver): \_\_\_\_\_

56 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

57 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

58 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

59 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

60 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

61 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

62 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

63 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

64 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

65 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

66 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

67 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

68 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

69 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

70 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

71 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

72 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

73 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

74 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

75 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

76 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

77 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

78 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

79 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

80 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

81 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

82 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

83 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

84 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

85 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

86 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

87 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

88 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

89 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

90 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

91 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

92 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

93 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

94 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

95 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

96 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

97 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

98 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

99 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

100 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

101 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

102 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

103 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

104 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

105 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

106 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

107 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

108 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

109 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

110 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

111 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

112 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

113 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

114 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

115 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

116 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

117 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

118 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

119 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

120 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

121 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

122 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

123 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

124 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

125 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

126 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

127 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

128 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

129 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

130 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

131 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

132 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

133 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

134 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

135 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

136 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

137 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

138 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

139 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

140 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

141 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

142 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

143 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

144 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

145 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

146 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

147 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

148 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

149 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

150 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

151 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

152 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

153 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

154 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

155 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

156 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

157 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

158 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

159 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

160 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

161 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

162 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

163 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

164 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

165 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

166 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

167 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

168 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

169 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

170 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

171 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

172 - Assinatura da Procuradoria da Fazenda do Distrito Federal (se houver): \_\_\_\_\_

CAIXAS ELETRONICOS SANTANDER  
DEPOSITO PRATICO

01/08/2019 10:34:43 DATA CONTABIL: 01/08/2019  
LOCAL: 033,4456 - MOSSORÓ  
TRANSACAO: 0888319 TERMINAL: 0000159

ANGELA MENDES DE OLIVEIRA MORAIS  
BANCO: 033 AGENCIA: 4456 CONTA: 01-027114-7

DEPOSITO	N.ENVELOPE	TRANSACAO	VALOR
DIMESIMO	285144541	888319	5,00
Deposito do dia 01/08/2019			
TOTAL DOS DEPOSITOS:			5,00

A EFETIVACAO DA TRANSACAO FICA CONDICIONADA  
A CONFERENCA DOS DOCUMENTOS E VALORES  
CONFORME INSTRUCCOES DE USO CONTIDAS NO VERSO  
DO ENVELOPE.

AS OPERACOES REALIZADAS APOS O HORARIO BANCARIO,  
FINAIS DE SEMANA E PERIODOS, SERAO PROCESSADAS  
ATE O FINAL DO PROXIMO DIA UTIL

ACESSE O APP OU IB SANTANDER PARA CONSULTAS E  
TRANSACOES A QUALQUER HORA OU LUGAR.

PROTOCOLO  
RECEBIDO

05 AGO 2019

TERRA DO SOL ADM.  
CORRETORA DE SEGS



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PÓLICIA CIVIL  
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022987/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/07/2019 16:24 Data/Hora Fim: 01/07/2019 16:37  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 01/07/2019  
Delegado de Polícia: Valtair Camilo de Paiva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró  
Data/Hora do Fato: 29/04/2019 05:15

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)  
Logradouro: BR 405 KM 24  
Complemento: próx. ao Jucurí

Bairro: Zona Rural

Tipo de Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: ALMIR RODRIGUES DA COSTA (VÍTIMA, COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Apodi Sexo: Masculino Nasc: 30/06/1970  
Profissão: Pedreiro  
Estado Civil: União Estável  
Nome da Mãe: Luzinete Rodrigues da Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 702.744.604-91

Endereço

Município: Mossoró - RN  
Logradouro: Rua Manoel Lucas Moto  
Bairro: Redenção I  
Telefone: (84) 99617-3103 (Celular)



**Nome Civil: ÂNGELA MENDES DE OLIVEIRA MORAIS (VÍTIMA)**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Feminino Nasc: 11/12/1971  
Estado Civil: União Estável  
Nome da Mãe: Judite Mendes de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 851.669.524-72

Endereço

Município: Mossoró - RN  
Logradouro: Rua Manoel Lucas Moto  
Bairro: Redenção I

Nº: 567

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 702.744.604-91

Placa: QGM8E04



Delegado de Polícia Civil: Valtair Camilo de Paiva  
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo  
Data de Impressão: 01/07/2019 16:37  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022987/2019

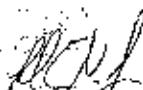
Renavam 01154252604	Número do Motor MC44E0J014524
Número do Chassi 9G2MC4400JR014522	Ano/Modelo Fabricação 2018/2018
Cor VERMELHA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo HONDA/CB 250F TWISTER
Modelo HONDA/CB 250F TWISTER	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 03/05/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvidos
Almir Rodrigues da Costa	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

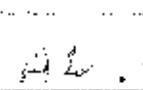
O comunicante declarou que conduzia a sua moto com a Sra. Ângela Mendes de Oliveira Moraes na "garupa" do veículo quando passou por um buraco localizado na via, vindo a perder o controle, desequilibrar-se e sofrerem queda; Declarou que desconhecidos os encaminharam em um veículo tipo Hilux ao HRTM; Declarou que o presente BO é para fins de solicitação do DPVAT; Que não houve ou desejar representação criminal nesta delegacia; Que o comunicante declarou ser responsável pela presente declaração digitada; Nada mais disse nesta declaração.

ASSINATURAS

  
Helder Emerson Nogueira Jerônimo

Agente de Polícia  
Matrícula 1690205

Responsável pelo Aprendizado

  
Almir Rodrigues da Costa

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei acima, conforme previsto nos Artigos 339-Deterioração Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

