

# 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: 000001027114-7

---

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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



OK  
do

Prontuário: 207263



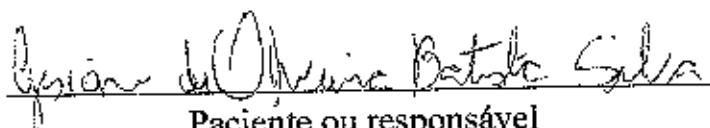
SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO  
RN  
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

**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.

  
Paciente ou responsável

CCIM - HRTM  
DATA 04/05/19  
Assinatura  
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA - HRTM  
DATA 05/05/19  
Assinatura

Josicleia Lima de Alcântara  
COREN-RN 916.327-TE

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES  
2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES  
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
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  
Masculino ☐ 1, Feminino ☒ 3

10 - RAÇA/COR  
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE  
JUDITE MENDES DE OLIVEIRA

12 - TELEFONE DE CONTATO  
DDD 84 Nº DO TELEFONE 96173103

13 - NOME DO RESPONSÁVEL  
ANGELA MENDES DE OLIVEIRA MORAIS

14 - TELEFONE DE CONTATO  
DDD 84 Nº DO TELEFONE 96173103

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
MANOEL LUCAS MOTA, 567 - REDENCAO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
MOSSORO

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO  
240800

18 - UF  
RN

19 - CEP  
59620410

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Exatrans e fratura do osso  
do fêmur e do pé e +  
lesões abrasivas por acidente (motorista)*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

*AA Amputação*

*0405050.500*

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

*Stent fêmur e pé X*

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR

24 - CID 10  
PRINCIPAL

25 - CID 10  
SECUNDÁRIO

26 - CID 10  
CAUSAS ASSOC.

*S87.0*

*L92.8*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPI

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

*0415030013*

29 - CLÍNICA

CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

31 - DOCUMENTO

( ) CNS (X) CPF

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

13186183472

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/04/2019

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

*DR. RUIZ DE ALMEIDA*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO ROLHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

(X) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

980016001835565

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

SAME / ARQUIVO

*BANS*

[illegible]

1990年12月31日

Angela Mendes de Oliveira Nobiliza  
 Matricula de graduação feita em 28-05-19  
 Nome do aluno: Dra. Naysa de M. Menezes de M. Pimenta  
 Assinatura: Dr. Edilson - Sec. 2ª  
 Data de: 14/10 - 14/35

40 ~~expensive~~  
100000

2 domestic  
2 pairs

2 und back

United

1500 500000  
1500 400000  
1500 300000

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

**SAME / ARQUIVO**

Chavesiana 50 ref

500 ml

the house

*Handwritten signature*

2-1-52

Amo 1998. Agosto 5 dias de cocha



MINISTÉRIO  
DA  
SAÚDE

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

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

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC ☒

FEM ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD, ISEE MUNICÍPIO

19 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CDD DO PRINCIPAL

27 - CDD DO SECUNDÁRIO

28 - CDD DO CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CDD DO PROCEDIMENTO - PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO 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 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Procedimentos realizados na estabilização  
de fratura exposta do II membro direito  
devido a fratura transarticular.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CDF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

(CNS)

(CDF)

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CDF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

(CNS)

(CDF)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 05/07/2019



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

BOLETIM OPERATORIO

Nome

Angela Mendes de C. Moreira

Reg Nº

Diagnóstico pré-operatório:

fractura de fêmur exposta pelo R + ORL

Indicação terapêutica:

At. em fr. fechada tibial + de fratura de fêmur

INTERVENÇÃO

Início:

Fim:

Duração:

Operador

D. Rodrigo J. J. J.

1ª Auxiliar:

D. Carlos J. J.

2ª Auxiliar:

3ª Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

D. Carlos J. J.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
CAME MOSSORÓ 05/03/2019

SAME / ARQUIVO

INTERVENÇÃO

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

( ) Limpa

( ) Pot. Contaminada

( ) Contaminada

( ) Infectada

1. Fractura de fêmur exposta pelo R + ORL

2. Fractura de fêmur exposta pelo R + ORL

3. Fractura de fêmur exposta pelo R + ORL

4. Fractura de fêmur exposta pelo R + ORL

5. Fractura de fêmur exposta pelo R + ORL

6. Fractura de fêmur exposta pelo R + ORL

7. Fractura de fêmur exposta pelo R + ORL



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

47 ANOS

Nome: ANGELA MENDES DE OLIVEIRA AIGRAIS

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC

Leito: 212-2

DATA DA ADMISSÃO: 29/04/2019

MOSSORÓ - RN

CODIGO: 39096

DATA

EVOLUÇÃO

TRATADA POR FRATURA EXPOSTA DE PLATO TIBIAL E EM USO DE TALA COXO-PODALICA (E OUTRAS LESÕES JÁ CICATRIZADAS EM MÃO E PÉ D).  
RETRADA DO FIXADOR EXTERNO EM 28/05

QX: SEM QUEIXAS

EF: BGL, COTÉ, FUPMEICA, NORMOCORADA, AFEBRIL  
APARELHO PULMONAR E CARDIOVASCULAR SEM ANORMALIDADES AO EXAME  
ABD PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA  
ORIFÍCIO DO PINGO DA COXA COM SUPURAÇÃO LEVE

SITUAÇÃO: LABORATÓRIO (04/06): HB:9,9 HTC:31,4 LEUCO:6300 PLAQ:216  
INCLUSÃO NO SISREG SOLICITADA  
AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA  
BAIXO RISCO CIRÚRGICO

CD:

VPM

PRESCRIÇÃO

HORARIO

1 DIETA VO LIVRE

2 SFO 500/500 ML EV PARA 24 HORAS

3 DIFENDINA 500MG/ML, 2ML+ 18 ABD EV 6/6H. FIXO

4 PLASIL 50MG/ML, 2 ML+ 18 ABD, 8/8 HRS, EV.SN

5 CLEXANE 100MG SC 1X/DIA

6 OMEPRAZOL 40MG+ ABD, 1X/DIA EM JEIUM, EV

7 ASSISTENCIA MULTIPROFISSIONAL

8 TRAMADOL 50MG/KIL - 1ML + 100ML SFO, 9% EV 8/8 HORAS SN

9 DIAZEPAM 5MG, TOMAR 1/2 CP VO A NOITE

10 FISIOTERAPIA MOTORA DIÁRIA PARA MÃO E OS OUTROS MEMBROS NÃO ENFAIXADOS

11 PSYCHOCG

R RX CONTROLE !!!

Diego Ariel de Lima  
CRM-RN 7408  
RQE - 2804  
TEOT - 13467

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

SAME / ARQUIVO

DR WILLIAM CARVALHO FERREIRA

CRM 1150-MTB149 RJ

ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMATICAS

MEDICINA DO TRABALHO

LAUD MEDICO

ORTOPEDICO

A paciente ANGELA MENDES DE OLIVEIRA MORAIS, 47 ANOS de idade, Auxiliar de COZINHA, foi examinada, do ponto de VISTA ORTOPEDICO, CLINICA e RADIOLOGICAMENTE e DIAGNOSTICADO: Politravmatismo, CAUSADO por acidente de TRANSITO com Queda de MOTO na BR 405. ESMAGAMENTO de MÃO ESQ. HISTORICO: TRAUMA de grande IMPACTO NO Joelho e mão esquerda, com FRATURAS GRAVES e expostas NA plataforma tibial e metáfise proximal tibial, além de FRATURAS com perdas de substancias. Atendimento de URGENCIA foi feito NO HRTM em MOSSOROS, Boletim 47526/2019 Foi operada de urgência e instalados FIXADOR externo em joelho, tibia e fêmur esquerdo, além de Sutures e tentativas de recuperações de feridos GRAVES e com perdas de substancias NA MÃO ESQ. Não teve oportunidade de segundo tempo operatório do joelho, exto a retirada do fixador Sem perspectiva de melhora que a condicione a um retorno as suas atividades laborais e QUOTIDIANA. Conclusão que em definitivo representa PERDA de 70%. Não há previsão de deixar a condicão de CADEIRANTE, com Auxilio de Terceiros.

Policlínica Medica

Rua João Pessoa, 68 - Centro

Fone (84) 3321-6121

Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 10h da manhã

Conveniente que seja AVALIADA pessoalmente para o que lhe for de DIREITO.

MOSSOROS 19 de AGOSTO de 2019

Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro

Fone (84) 3317-3636

Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 7h as 9h30min

Fco. William Carvalho Ferreira

CRM 1160RN - ORTOPEDIA

MEDICINA DO TRABALHO - MTB 149 RJ

**CIRURGIA GERAL - AMARELO**

Paciente: 39096 - ANGELA MENDES DE OLIVEIRA MORAIS (47 a 4 m 18 d)

Nascimento: 11/12/1971

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF: 85166952472

Prof:

Mãe: JUDITE MENDES DE OLIVEIRA

País: ANTONIO MARIANO DE OLIVEIRA NETO

Logradouro: MANOEL LUCAS MOTA, 567

CEP: 59620410

Bairro: REDENCAO

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84.96173103

Compl:

**Motivo**(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

**Tipo:** NÃO REGULADO

**Origem:** FAM/LIA

\*Empresa:

[illegible]

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

**Queixas:** ACIDENTE DE MOTO. DOR EM MIE. APRESENTA ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO

Hora: 05:20

[illegible]

Diagn. Inicial: *Y. - C. - V. - C. - C.*

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1. Rivaudo Lactato 1000 L			
2. 30 Lbs 11			
3. Lactato 400 g. 30.			
4. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
5. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
6. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
7. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
8. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
9. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
10. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
11. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
12. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
13. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
14. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
15. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
16. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
17. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
18. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
19. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
20. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
21. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
22. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
23. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
24. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
25. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
26. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
27. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
28. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
29. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
30. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
31. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
32. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
33. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
34. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
35. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
36. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
37. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
38. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
39. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
40. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
41. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
42. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
43. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
44. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
45. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
46. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
47. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
48. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
49. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
50. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
51. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
52. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
53. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
54. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
55. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
56. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
57. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
58. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
59. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
60. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
61. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
62. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
63. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
64. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
65. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
66. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
67. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
68. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
69. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
70. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
71. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
72. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
73. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
74. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			
75. 1000 g. 19. 02. 11 1000 g.			

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

CID

Proc.

**Data:**

1

19. Mr:

■  
 ■

**Médico:**

\*Gerado via SX por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 29 de Abril de 2019.

Cerimbar?

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE ALMEIDA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOTOR SAME ORIGINAL  
SAME MOTOR 05/07/2019

B125

**SAME / ARQUIVO**

(Assinar e)  
Dr. Antonio Pinheiro de A. Neto  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM 1.181-RN

OK  
do

Prontuário: 207263



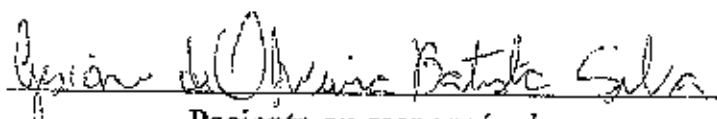
SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO  
RN  
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

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.

  
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 04/07/19

Refusado

Assinatura

NÚCLEO DE LICENCIAMENTO  
ESPEDIENTE DE LICENCIAMENTO

DATA 05/07/19

Assinatura

Josicleia Lima de Alcântara  
COREN-RN 916.327-TE

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

[illegible]

Dr. Antonio Pinheiro de A. Neto  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM 1.161-PN

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

Bin

**SAME / ARQUIVO**

RECEIVED  
JAN 10 1964

1. 1990年12月25日，在俄罗斯莫斯科市，俄罗斯联邦总统叶利钦在克里姆林宫正式签署《俄罗斯联邦宪法》，宣布俄罗斯联邦为总统制国家。

[illegible]

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. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR PARDA
11 - NOME DA MÃE JUDITE MENDES DE OLIVEIRA	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 84 96173103
13 - NOME DO RESPONSÁVEL ANGELA MENDES DE OLIVEIRA MORAIS	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 84 96173103
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) MANOEL LUCAS MOTA, 567 - REDENCAO	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MOSSORO	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 240800
18 - UF RN	19 - CEP 59620410

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Pratrasa / Prata e pontos de dor e (P) com e p e + movimentação abasando por acidente (mat.)</i>
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO <i>AA Angina</i> 0405050800

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Same como o mais X</i>
--

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR	24 - CID 10 PRINCIPAL S82.0	25 - CID 10 SECUNDÁRIO V29.9	26 - CID 10 CAUSAS ASSOC. V29.9
---	-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPI	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0415030013
29 - CLÍNICA CIR	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 2
31 - DOCUMENTO ( ) CNS (X) CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE 13186183472
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE ANTÔNIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 29/04/2019
35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Rodrigo J. Almeida Neto</i>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBO
38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR LIGINEY LINO DE OLIVEIRA	47 - COD. ÓRGÃO EMISOR	52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR 980015001835585	HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORO 05/07/2019 B.1MS SAME / ARQUIVO
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	

UNIDADE 01: 01/01/2019 01/01/2019 01/01/2019 01/01/2019 01/01/2019 01/01/2019 01/01/2019 01/01/2019 01/01/2019 01/01/2019

Unidade 01: Angélica Mendes de Oliveira  
Unidade 02: Retirada de pontos de sutura. Tatuagem 28-25-19  
Unidade 03: Dr. Nerysso. Dr. Manoel. Dr. Manoel. Dr. Manoel. Dr. Manoel. Dr. Manoel. Dr. Manoel. Dr. Manoel. Dr. Manoel. Dr. Manoel.  
Unidade 04: Dr. Edilson. Dr. Manoel. Dr. Manoel. Dr. Manoel. Dr. Manoel. Dr. Manoel. Dr. Manoel. Dr. Manoel. Dr. Manoel. Dr. Manoel.  
Unidade 05: 14.10. 14.35.

90 unidades  
300mg

1 unidade  
2 pontos

2 unidades

3 unidades

15mg 5 unidades  
10mg 4 unidades  
10mg 5 unidades

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

SAME / ARQUIVO

clonidina 50mg

50mg

elidac

5 unidades

2 unidades

uma semana depois 5 pontos de costura



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 TARCISO MAIA

2 - CNES

4 - CNES

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC ☒ FEM ☒

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE 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 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 E/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**

*Proceder a mudança na estabilização  
de fratura exposta, q.t. para o tipo  
de fratura fechada.*

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

**AUTORIZAÇÃO**

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 05/07/2019

SAME / ARQUIVO





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Angela Mendes de C. Moura Reg Nº                     

Diagnóstico pré-operatório: fractura de fêmur esquerdo pto R + 10%

Indicação terapêutica: Ata de pto tibial + debridamento  
sintomático

INTERVENÇÃO

Início:                      Fim:                      Duração:                     

Operador: Dr. Rodrigo Jales

1ª Auxiliar: Dr. Alexandre F. F. F. F.

2ª Auxiliar:                     

3ª Auxiliar:                     

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

Instrumentador: Dr. Edilson

Anestesista:                     

SAME / ARQUIVO 8145

INTERVENÇÃO

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

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

1. Acesso - Pto. R - 10% - anestesia  
2. Drenagem - 1 - SFG 2 e PVPI dep  
3. AAS + ACR + lavagem SFG 2 e PVPI dep  
4. Debridamento + lavagem e esvaziamento  
5. fraturas extensas - fratura anterior - 1 hora  
6. estérilidade  
7. Sutura pto. R + lavagem 1 ACR no  
8. fratura OK  
9. pto. R - 10%

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 - ENFERMARIA: CC

Leitor 212-2

DATA DA ADMISSÃO: 29/04/2019

MOSSORÓ - RN

CODIGO: 39096

DATA

EVOLUÇÃO

42º DIA POR FRACTURA EXPOSTA DE PLATO TIBIAL E, EM USO DE TALIA COXO-PODÁLICA (E OUTRAS LESÕES JÁ CIRCATRIZADAS EM MÃO E PÉ);  
RETIRADA DO FIXADOR EXTERNO EM 28/05

QP: SEM QUEIXAS

EF: BEG, COTE, EUPNEICA, NORMOCORADA, AFEBRIL  
APARELHO PULMONAR E CARDIOVASCULAR SEM ANORMALIDADES AO EXAME  
FARD PLANO, FIÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA  
ORIFÍCIO DO PNO DA COXA COM SUPURAÇÃO LEVE

SITUAÇÃO: LABORATÓRIO (04/06): HB:9.9 HTC:31.4 LEUCO:6300 PLAQ:216  
INCLUSÃO NO SISREG SOLICITADA  
AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA  
BAIXO RISCO CIRÚRGICO

CD:

VPm

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DATA VC LIVRE

2 SF0,9% 500 ML EV PARA 24 HORAS

3 DIPIROXA 500MG/ML, 2ML + 18 ABD EV 6/6H. FIXO

4 FLASII 51MG/ML 2 ML+ 18 ABD, 8/8 HRS, EV SN

5 CLEXANE 40MG SC 1X DIA

6 OMEPRAZOL 40MG+ ABD, 1X/DIA EM JEJUM, EV

7 ASSISTENCIA MULTIPROFISSIONAL

8 TRAMADOL 50MG/ML - 1ML + 50ML SF0,9% EV 8/8 HORAS SN  
9 DIAZEPAM 5MG, 10MAR 1X CP VO A NOITE

10 FISIOTERAPIA 30 MIN DIÁRIA PARA MÃO E OS OUTROS MEMBROS NÃO ENFAIXADOS  
11 SSVV+CCCG

R. PRX CONTROLE !!!

Diego Ariel de Lima  
CRM-RN 7405  
RQE - 2804  
TEC - 13467

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

SAME / ARQUIVO



CAIXAS ELETRONICAS SANTANDER  
DEPOSITO PRATICO

01/08/2019 10:34:43 DATA CONTABIL:01/08/2019  
LOCAL: 033.4456 - MOSSORO  
TRANSACAO: 0088319 TERMINAL: 0000159

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

DEPOSITO	N.ENVELOPE	TRANSACAO	VALOR
DINHEIRO	285144541	0088319	5,00
Deposito do dia 01/08/2019			
TOTAL DOS DEPOSITOS:			5,00

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

AS OPERACOES REALIZADAS APÓS O HORARIO BANCARIO,  
FINAIS DE SEMANA E FERIADOS, 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  
TERÇA DO SOLADM  
CORRETORA DE SEGS



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA 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 da 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 do 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

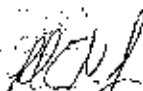
Renavam 01154252504	Número do Motor MC44E0J014524
Número do Chassi 9C2MC4400JR014522	Ano/Modelo Fabricação 2018/2018
Cor VERMELHA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo HONDA/CB 250F TWISTER
Modelo HONDA/CB 250F TWISTER	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 03/05/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Almir Rodrigues da Costa	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante declarou que conduzia a sua moto com a Sra. Ângela Mendes da 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 desejou representação criminal nesta delegacia; Que o comunicante declarou ser responsável pela presente declaração digitada; Nada mais disse nesta declaração.

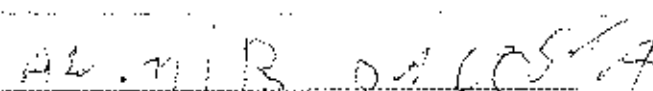
ASSINATURAS

  
Helder Emerson Nogueira Jerônimo

Agente de Polícia

Matrícula 1590205

Responsável pelo Atendimento

  
Almir Rodrigues da Costa

(Comunicante / Vítima)

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

