

# 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: 30/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: ALTEMIR FLORENCIO MATIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02380

CONTA: 00000001092-2

---

Nr. da Autenticação BFD6D7A890CF0D82

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190465258      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALTEMIR FLORENCIO MATIAS      **Data do acidente:** 16/01/2019      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA EM ANTEBRAÇO E MÃO DIREITA - FRATURA DE DIÁFISE DO RÁDIO DIREITO + FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO + FRATURA DE IV METACARPO DIREITO.  
ESCORIAÇÃO FACILA + EDEMA EM REGIÃO PERIORBITÁRIA DIREITA - FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO ORBITÁRIO DIREITO

**Descrição do exame físico:** LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DOS DEDOS E FORÇA DE PREENSÃO DA MÃO DIREITA. DEFORMIDADE NO PUNHO DIREITO. LIMITAÇÃO NA MOVIMENTAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** PERICIADO APRESENTA CONSOLIDAÇÃO COM SEQUELAS.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 27/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>



## CIRURGIA GERAL - AMARELO

Plant 205598

Paciente: 31778 - ALTEMIR FLORENCIO MATIAS (48 a 9 m 30 d)

Nascimento: 17/03/1970

Natural: MOSSORÓ.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDAS

CNS: 898000271862833

CPF:

Prof.

Mãe: MARIA FLORENCIO MATIAS

Pai: NADA CONSTA

Logradouro: LEVANILSON DUARTE MAIA, 31

Bairro: BELO HORIZONTE

Cidade: MOSSORÓ

CEP: 59604471

Telefone: 84.991876603 84 991876603

Comp:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA

\*Empresa:

OBS:

Classificação:

PESO:

16/01/2019 22:13:55

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: POLITRAUMA

Hora: 22:03

Paciente em evolução

Paciente vítima de colisão de moto na 31ma. Paciente cido  
aljado, magia uso de capacete, vômito e desmaio. Repondo  
em braço (R), dor no abdômen (L), dor no peito (R) e dor no abdômen (L).  
Paciente em evolução

A - visões a c/ cintilografia

B - tensão arterial, com teto c/ um giro. PA 140/80 mmHg, SPP SatO2 95% - AB

C - Estável hemodinamicamente, pulso c/ teto FC 88/min PA 90x60 mmHg, dugo

D - paciente cido e está instante. Pupila direita - 100 NO e TOE - Cefaleia intensa (R); sangramento nasal; dor no abdômen (L)  
se exala urinaCid: Soco do TC crânio. Rx torax, braço (R), antebraço (R), braço (L),  
antebraço (L). Soco alto punha NCR, BMF e criopatia.

Diagn. Inicial: Politrauma

## PRESCRIÇÃO:

CARTA DE REFERENCIA	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
PROTÓCOLO RECEBIDO			
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGUROS			
PROTÓCOLO RECEBIDO			
06 AGO 2019			
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGUROS			
PROTÓCOLO RECEBIDO			
06 AGO 2019			
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGUROS			

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAMAN/RS/09/2019  
SAMAE/RS/09/2019

PROTÓCOLO RECEBIDO  
06 AGO 2019  
TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGUROS

PROTÓCOLO RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGUROS

PROTÓCOLO RECEBIDO  
06 AGO 2019  
TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGUROS

Saída:

( ) Decisão médica - ( ) Transferido - ( ) Evasão - ( ) Óbito - ( ) Interna: (Preencher CID, PROc e assinar)  
 CID: 5234 Proc: 070402057-6 Data: 17/10/19. Hr: 02:30 Médico: J. LIMA

Assinatura

arboveda - 16/10/11/19 27

poltrona C5 + silla de madera

don - Albarca D. a. 60. Piel D.

AK: frenos de madera } roto o 1 silla de madera  
AK: frenos de madera } roto o 1 silla de madera

N: - bus (en el C)

- (el C) 4x16 (color D)

- SIS REU + (L de madera)

✓ veado

Otro que es culpa de la otra

TC-NL

Q: AAS M4



HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTA CONFORME A ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 15/12/2019  
SAMEARQUINO

OC: OC intervención de la mano izquierda

• Recomendación TC en donde se informe

TC en donde - se informe de lo siguiente,  
información e procedimientos

TC en abdomen - se informe sangrado interno,  
hemoperitoneo o no  
y si varices venosas

• Comisión de cirugía que tomó anestesia  
nabro sin daño a su mano

B.M.F. (00:30 p.m.) P.R.E. VÍTIMA DE ACCIDENTE PROPRIEDADES SUDORE  
GRANDE TE, Q. PRÍVIO ETILO CO. APNESE NINGUNO ES COMUNICAR  
EDEMA EN PELVIS PELVÍCIA (N), BD EX. T.E. INVESTIGACIONES DE  
DE FARMACIA. EN CED-9. SE CREA HOSPITALIZACIÓN.  
Fernandes  
Mossoró 15/12/2019  
ODON 1930

J - Mariana



grado de lesão - 16/10/117 27

lateralizar ~~retro~~ + elevação ventral

anterior - abdome & diafragma pulmões  
anterior - diafragma ventral ph } anterior & diafragma  
anterior - diafragma ventral ph } ventral diafragma

Nº - peso (g) e  
- cel. fisiol. (g) e  
- gás respi. (lit de uréia)



if necrot.

Objetos (e imp.) dif (v)

pe - NL

g: MM MR



HOSPITAL REGIONAL TARCISO MARIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SAMARQUIM

OC-01 Recuperação da vítima fatal

Reabilitação TC da vítima é crônica

TC da vítima - nem todos os contidos,  
funcionais e permanentes.

TC da vítima - nem todos os vivos,  
preservados ou não  
ou vivos ou mortos

car. para dar a religie qual com orientações  
não sejam os cultos

BMF (00327) PÁT. VÍTIMA DE AGENTE MORTAL (17/03/117) SI USO DE  
CACHETE, Q. DE ÁLCOOL ETÍLICO APRESENTANDO ESQUERDAS DE  
EDEMA EM PELVIS FEMORALIS (D) AD EX. T. E. PRESENÇA DE SI  
DE FRATURA EN CRO - I. SEU TRATAMENTO



Sistema  
Único de  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>(KAS) m.</i>		3 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		
Identificação do Paciente		5 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - NOME DO PACIENTE <i>Artur Faria.</i>		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>/ /</i>
11 - NOME DA MÃE		9 - SEXO <i>Masc. [ ] Fem. [ ]</i>
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		10 - RACIOCOR <i>12 - TELEFONE DE CONTATO DDD [ ] N° DO TELEFONE</i>
15 - ENDERECO (RUA, N°, BARRA)		14 - TELEFONE DE CONTATO DDD [ ] N° DO TELEFONE
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CÓD. INSTITUCIONAL 18 - UF 19 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
*freio - MSAD  
art. fraco obstr. urinária D e. fraco  
platô urinário D*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
*An. 21 - 6/1*

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
*exame de face nro 3*

23 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL  
*fraco de face nro 3*

24 - CID 10 PRINCIPAL  
*(SD.3.)*

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>3 Kerec</i>		PROCEDIMENTO SOLICITADO	
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>04171810219431</i>			
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TÉCNICO	38 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA SEGURODA	40 - N.º DO BILHETE	41 - SÉRIE
42 - CNPJ EMPRESA				43 - CNPJ DA EMPRESA	44 - CEP
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA					
<input type="checkbox"/> EMPREGADO	<input type="checkbox"/> EMPREENDEDOR	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> DESPROVEDO	<input type="checkbox"/> APOSENTADO	<input type="checkbox"/> NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



- Graduado em Medicina pela UFRN  
- Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia pelo  
Hospital Ipiranga/SUS-SE  
- Clínica de Ortopedia Colovito, Arthroscopia da Omotela (FMA90)  
- Membro Titular da SBOT N° 14680

ARTERIO DIAZONIO MATIAS,  
48 ANOS

Protocolo médico

- Paciente sofreu ferimento profundo na face esquerda em 16/01/19, de trauma em m-  
ferroço muito forte, sem diagnósticos  
e tratamentos da ferida da ferida blan-  
ta, não visto DR o dia seguinte  
morte.

- Permaneceu 4 meses
- Vendo ferida, não é um balaço
- Encaminha PR auxiliar. DR MAT

CIN: 552-3

552-5

562-3

Mossoró-RN,

10-07-19

DR Gilson Queiroz  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PROFISSIONAL  
TEOT - 14680

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
13 JUL 2019  
TERRA DO SOL ADIM  
F. CORRETORA DE SEGUROS

Clínica Octávio Rosado  
R. Juvenal Lamartine, 119 - Centro - Mossoró-RN  
Tel: (84) 3315-6900  
gilson\_qtz@yahoo.com.br



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASU:

CPF da vítima:

031 397 984 74

Nome completo da vítima:

Alémis Florencio Matias

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

Nome completo:

Alémis Florencio Matias

Profissão:

Pedreiro

Bairro:

Belo Horizonte

E-mail:

Nao Possui

Endereço:

Rua Levanison Duarte Maia

Cidade:

Montes Claros

Estado:

MG

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

 REUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (264)

AGÊNCIA: 2380

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 1092

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (fadas nos bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo à 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, somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/71, art. 30, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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: Vítima deixou  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, espero cliente, ainda, de que qualquer omissão ou descrença não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Manaus 20/04/19

Nome: \_\_\_\_\_

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

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

PROTÓCOLO RECEBIDO

Assinatura

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.

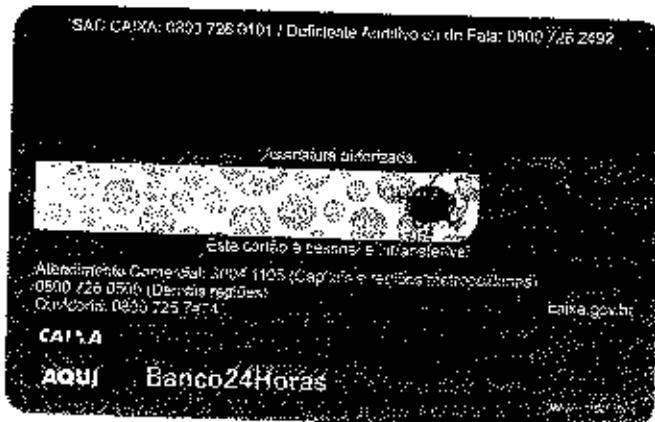
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deve ter escolhido outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RIOGO, 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  
POLÍCIA CIVIL  
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004502/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/02/2019 15:02 Data/Hora Fim: 12/02/2019 15:19  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 12/02/2019  
Delegado de Polícia: Valtair Camilo de Paiva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró  
Data/Hora do Fato: 16/01/2019 22:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)  
Logradouro: rua não informada  
Complemento: próx. ao CEMIC

Bairro: Boa Vista

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALTEMIR FLORÊNCIO MATIAS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 17/03/1970  
Profissão: Pedreiro  
Estado Civil: União Estável  
Nome da Mãe: Maria Florêncio Matias

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 031.397.964-74

Endereço

Município: Mossoró - RN  
Logradouro: Levanilson Duarte Maia  
Bairro: Belo Horizonte  
Telefone: (84) 99449-9637 (Celular)



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 017.821.474-75	Placa: QGJ1141
Renavam: 01084737172	Ano/Modelo Fabricação: 2011/2012
Cor: Preta	Marca/Modelo: Traxx
Veículo Adulterado? Não	Quantidade: 1 Unidade
Situação: Meio Empregado	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Altemir Florêncio Matias	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante declarou que conduzia a motocicleta na via quando a corrente quebrou e o pneu traseiro derrapou, vindo a





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004502/2019

perder o controle do veículo, desequilibrar-se e sofrer queda da moto na via; Declarou que um rapaz desconhecido o encaminhou ao HRTM; Declarou que o presente BO é para fins protocolares de solicitação do DPVAT; Nada mais disse nesta declaração.

ASSINATURAS

Helder Emerson Nogueira Jerônimo  
Responsável pelo Atendimento

Altemir Florêncio Matias  
(Vítima / Comunicante)

\*Declaro para os efeitos legais que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e que fui eu quem respondi civil e criminalmente pelo presente documento que dei e/ou fui autorizado(a) a fornecer as informações constantes no mesmo, conforme previsto nos Artigos 329, Denunciações Criminais e 340, Comunicação Pública de Crime ou de Ocorrência do Código Penal Brasileiro."

## CIRURGIA GERAL - AMARELO

Plant 205598

Paciente: 31778 - ALTEMIR FLORENCIO MATIAS (48 a 9 m 30 d)

Nascimento: 17/03/1970

Natural: MOSSORÓ.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDAS

CNS: 898000271862833

CPF:

Prof:

Mãe: MARIA FLORENCIO MATIAS

Pai: NADA CONSTA

Logradouro: LEVANILSON DUARTE MAIA, 31

CEP: 59604471

Bairro: BELO HORIZONTE

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84.991876603 84 991876603

Compt:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA

\*Empresa:

OBS:

Classificação:

PESO:

16/01/2019 22:13:55

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: POLITRAUMA.

Hora: 22:33

(nigra, cintilante)

Paciente: no teto da coluna da moita na 3 thorax. Paciente esteve  
 aljudo, frangiu uso de capacete, vêmito e desmaio. Reagiu  
 em braço (B), cotovelo (C), braço (D) e cotovelos (E), ombro (F)  
 A - na perna e no couro cabeludo

- medo de morte, medo de morte

B - dor de estômico, dor dia dia respiro. PV (G) sintomático. Sintoma SatO2 95% PA

C - dor abdominal hemorragia comecando, pulsos cheios FC 80 bpm PA Q0Kg mmHg, drenagem

D - paciente circunferência importante. Pupila direita - 100 x 70

E - curva bicipital (G); engorgimento nasal; dor no ombro braço (H)  
 se exato uso utCid: Socorro TC crônico. Ex: tórax, braço (G), cotovelos (H), braço (I),  
 cotovelos (J). Seu uso para com TCR, BMF e cirurgia.

Diagn. Inicial: Politrauma.

## PRESCRIÇÃO:

Cid: 31778  
CID: 31778  
CID: 31778

## VIA

## HORÁRIO

## ASSINT.

PROTÓCOLO  
RECEBIDO

22-ABR-2019

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGU.HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SAMM MOSSORÓ  
SAME ARACAJU22-ABR-2019  
MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA  
4771-0003

\*Saída:

() Decisão médica - ( ) Transferido - ( ) Evasão - ( ) Óbito - ( ) Interna: (Preencher CID, PROG e assinar)

CID: SD24 Proc: 07/04/2019-6 Data: 17/01/19 Hr: 22:30 Médico: *Carvalho*

grub pedis - 16/10/11/12 23h  
fol treee  $\text{FC}^{\circ}$  +  $\text{Sclerocarpus}$   $\text{soft pl.}$   
an -  $\text{Aldrovanda}$   $\text{D. wood.}$   $\text{Pulc.}$   
Ner.  $\text{fracture}$   $\text{soft pl.}$  }  $\text{water}$   $\text{an L. C.}$

-1-

Cherry is worth \$100

$$g \cdot e = M$$

$\phi = \text{Ansatz}$  will

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SAMM MOSSORÓ 21/12/2012  
SANEARQUÍD

00:04 heruntergeht die temperatur wieder

• Rewarding us to the total 3' standard

Tc și Vc(x) - numărul de combinații  
permisice și posibile,

TC da eleição - nem ninguém sabe  
quando vai ser feita a  
eleição presidencial

cel: Rua das Cerejeiras 3600-00000-0000  
Mafra Viana do Castelo

B.M.F. (00:32 h) PAC. VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, S/ USO DE  
CACHAÇA DE TE, C/ HEMORRAGIA RETROSTILO CO. APRESENTEANDO ESCLAMAGENS DE  
EDENIA EM PELICAS GENITORNALINHAS Q, AO EX.T.E. PRESENCA DE SI-  
DE FRATUM EN C20-9. SOU ENTRADO NO TERRAPENTO.