

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: 23/06/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALTEMIR FLORENCIO MATIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02380

CONTA: 000000001092-2

Nr. da Autenticação 7CCE81C08D9F4023

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150407700

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALTEMIR FLORENCIO MATIAS

Data do acidente: 09/02/2015

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma em região abdominal, evoluindo com a perda do baço

Descrição do exame médico pericial: dor abdominal constante pós esplenectomia, resfriados constantes

Resultados terapêuticos: laparotomia exploradora para retirada do baço (esplenectomia).

Sequelas permanentes: laparotomia exploradora para retirada do baço (esplenectomia).

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/06/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Dixon Fradik Medeiros Lima

CRM do médico: 5997

UF do CRM do médico: RN

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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Altemir Florencio Matias
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Levanilson Duarte Maia, 31
Belo Horizonte Mossoró RN CEP: 59604-471
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 1129647
Data local do exame: [18/06/2015] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Trauma em região abdominal, evoluindo com a perda do baço.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Paciente vítima de queda de moto no dia 09/02/2015 em Mossoró/RN, apresentou trauma em região abdominal, evoluindo com abdome agudo, sendo necessário laparotomia exploradora para retirada do baço (esplenectomia).

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Referi dor abdominal constante pos esplenectomia, resfriados constantes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Baço (Retirada Cirúrgica - Esplenectomia)

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dixon Fradik Medeiros Lima
Médico Perito
SAÚDE SEG
CRM 5997

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2015

Carta nº: 7283060

A/C: ALTEMIR FLORENCIO MATIAS

Sinistro: 3150407700
Vítima: ALTEMIR FLORENCIO MATIAS
Data Acidente: 09/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ALTEMIR FLORENCIO MATIAS**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000002380**

Conta: **000001092-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

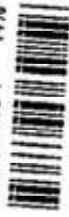
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - RN Nº 010747512288 4-020613/2014 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
VIA 1 COD. PENAVAM 1 COD. 01014226322 NOME/ENDERECO ALTEIR ZEPERENCIO MATIAS R LEVANILSON DUARTE MATA 31 RUA HORIZONTE 22 SS. 603-315 MOSSORO/RN	ENTRAR *****12222
031.397.994-74 OPCIONAIS MOTOCICL. MOTORES, RECAS E ACES OESTE LTDA NOME ANTERIOR FLACA ANTERIOR 0V39685/RN CHASSI 9C2KC1680SR67827	PLACA 0229625 COMBUSTIVEL ALCOOL-GASOL ANO FABR 2014 ANO VENC 2015 COR PREC/MINIM 11 VERMELHA
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/MO APLICAVE MARCA/MODELO HONDA/CG150 EAM ESDI CAP/POT/CL 0CV/149 CILINDRADAS	OBSERVAÇÕES ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 58.113.812/CGC1-22 EXERCAÇÃO ADMINISTRADORA DE CONSORCIO LTDA MOTOR: KC1688567827
MOSSORO/RN 05/07/2016 Marcelo Brito de Medeiros Silva Coordenador de Registro de Veículos DETRAN-RN	DATA 05/07/2016

ANEXO
2
05 MAI 2015



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 "1196"



MPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Nº DO SINISTRO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ALTEMIR FLORENCIO MATIASPORTADOR(A) DO RG Nº 1129647EXPEDIDO POR ITEP RNEM 11/05/1988 ECPF 031397984-74 / CNPJ 00000000-00000000, PROFISSÃO RECUSSO,E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ALTEMIR FLORENCIO MATIAS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

• Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.

• Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.

• Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;

• Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;

• Conta tipo FACIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);

• Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;

• Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento

comprobatório dos dados bancários);

• CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta online da RECEITA FEDERAL

www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;

• Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____

Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2380 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3092-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

mosso 25 de março de 2015

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Altemir Florencio Matias

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/à legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodoitansito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221104.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - COPER
SETOR DE TRAFEGO

1 - LOCAL DO ACIDENTE

Local: *Av. Alberto Maranhão*
P. Ref. *Próximo ao Bar do Mutuca*
Bairro: *Alto da Conceição*
Data: *09/02/2015*

2 - VEÍCULO

Placa	<i>OVZ9685</i>	Cidade	<i>Mossoró</i>	UF	<i>RN</i>
Marca/Mod.	<i>HONDA / CG150 FAN ESDI</i>	Ano	<i>2014</i>	Nº de Ocupantes	<i>01</i>
Proprietário	<i>ALTEMIR FLORENCIO MATIAS</i>	Data de nasc.	<i>17/03/1970</i>	fone	<i>*****</i>
Condutor	<i>Altémir Florêncio Matias</i>	nº	<i>31</i>	UF	<i>RN</i>
Endereço	<i>Rua Nevanilson Duarte Maia</i>	Cidade	<i>Mossoró</i>	ITEP	<i>RN</i>
Bairro	<i>Belo Horizonte</i>	Orgão Expedidor	<i>Mossoró / RN</i>	UF	<i>RN</i>
CPF nº	<i>031.397.984-74</i>	RG nº	<i>1129.647</i>	UF	<i>RN</i>
Local de Trabalho	<i>Panificadora Santa Maria - Rua Coelho Neto, Mossoró / RN.</i>				

3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava? *Av. Alberto Maranhão*
Em que sentido? *Centro / BR 304*
Em que faixa? *******

Versão do condutor:

"Que uma pedestre atravessou normalmente a via e ainda tentei desviar para evitar o acidente, mas não foi possível. Fui conduzido juntamente com a pedestre para o HRTM pela equipe do SAMU

Obs.: versão colhida no dia 13/02/2015 às 11h30min. na sede do 2º DPRE. *****

Assinatura do Condutor

Altémir Florêncio Matias

Observação do Agente de Trânsito:

Nome do Agente que registrou as informações *Francisco José Silva Oliveira*

Posto/Graduação	Sd.	PM nº	<i>97.643</i>	Viatura	<i>*****</i>	Unidade	<i>2º DPRE</i>
-----------------	-----	-------	---------------	---------	--------------	---------	----------------





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, ALTEMIR FLORENCIO MATIAS, RG nº 1129647, data de expedição, Órgão SSP-RN, CPF nº 031.397.984.74, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA: LEVANILSON DUARTE MAIA</u>
Número	<u>31</u>
Apto / complemento	
Bairro	<u>BELO HORIZONTE</u>
Cidade	<u>MOSSORO</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59.605-315</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 3062-3380 / 9669-1977</u>
E-mail	<u>Jacksonbarreto25@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MOSSORO - RN - 25/03/2015

Assinatura do Declarante: Altemir Florencio matias

ARUANA

05 MAI 2015

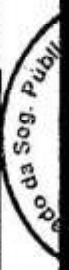
SSA



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

0201315

Local AV. ALBERTO MARANHÃO Bairro ALTO DA CONCEIÇÃO
Cidade/UF MOSSORÓ P. Ref.
Data 09/02/2015 Hora do acidente 23:45 Hora do registro 20:02 Dia da semana 3ª FEIRA



☐ - Colisão Frontal
☐ - Colisão Posterior

☐ - Colisão Lateral
☐ - Colisão Transversal

☒ - Capotamento
☐ - Choque
☒ - Atropelamento
☐ - Outro(s)

Placa ou Chassi 0V2 9685 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. MINI COOPER Cor VERMELHA Ano 2014
Proprietário ALTEMIR FLORENCIO MATIAS Nº de Ocupantes 01
Condutor ALTEMIR FLORENCIO MATIAS Data de Nasc. / /
Endereço BELO HORIZONTE Nº / Fone /
Bairro / Cidade / UF /
CPF Nº 031 391 984 74 CNH Nº / Validade / / Categoria /
Local de Trabalho PANFICHERIA SANTA MARIA Fone /
End. / Nº / Bairro / Cidade /

DOCUMENTO 1270



Placa ou Chassi 0V2 9685 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. MINI COOPER Cor VERMELHA Ano 2014
Proprietário ALTEMIR FLORENCIO MATIAS Nº de Ocupantes 01
Condutor ALTEMIR FLORENCIO MATIAS Data de Nasc. / /
Endereço BELO HORIZONTE Nº / Fone /
Bairro / Cidade / UF /
CPF Nº 031 391 984 74 CNH Nº / Validade / / Categoria /
Local de Trabalho PANFICHERIA SANTA MARIA Fone /
End. / Nº / Bairro / Cidade /

DOCUMENTO 1270

Placa ou Chassi 0V2 9685 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. MINI COOPER Cor VERMELHA Ano 2014
Proprietário ALTEMIR FLORENCIO MATIAS Nº de Ocupantes 01
Condutor ALTEMIR FLORENCIO MATIAS Data de Nasc. / /
Endereço BELO HORIZONTE Nº / Fone /
Bairro / Cidade / UF /
CPF Nº 031 391 984 74 CNH Nº / Validade / / Categoria /
Local de Trabalho PANFICHERIA SANTA MARIA Fone /
End. / Nº / Bairro / Cidade /

DOCUMENTO 1270

Placa ou Chassi 0V2 9685 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. MINI COOPER Cor VERMELHA Ano 2014
Proprietário ALTEMIR FLORENCIO MATIAS Nº de Ocupantes 01
Condutor ALTEMIR FLORENCIO MATIAS Data de Nasc. / /
Endereço BELO HORIZONTE Nº / Fone /
Bairro / Cidade / UF /
CPF Nº 031 391 984 74 CNH Nº / Validade / / Categoria /
Local de Trabalho PANFICHERIA SANTA MARIA Fone /
End. / Nº / Bairro / Cidade /

Luminosidade
☐ Amanhecendo
☐ Pleno Dia
☐ Anoitecendo
☒ Noite c/ Iluminação
☐ Noite s/ Iluminação
☐ Iluminação Deficiente

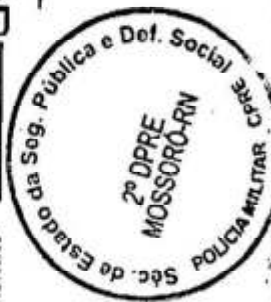
Cond./ Tempo
☒ Bom
☐ Nublado
☐ Chuva
☐ Neblina
☐ Outros

Tipo da Pista
☒ Asfalto
☐ Paralelepípedo
☐ Concreto
☐ Cascalho
☐ Terra
☐ Outros

Caract./ Pista
☒ Reta
☐ Curva
☐ Active Ingreime
☐ Active Suave
☐ Declive Ingreime
☐ Declive Suave
☐ Lombada
☐ Cruzamento
☐ Rotatória
☐ Retorno
☐ Entroncamento
☐ Bifurcação

Cond./ Pista
☒ Seca
☐ Molhada
☐ Inundada
☐ Poças D'água
☐ Oleosa
☐ Enlameada
☐ Em Obras
☐ Com Buraco
☐ Com Areia

Sinalização
☐ Inexistente
☐ Do Agente de Trânsito
☐ Do Semáforo
☐ Faixa de Pedestre
☒ Linha *PERMANENTE*
☐ Placa(s)
☐ Lombada eletrônica
☐ Vel. Máx. Perm. *KM/H*



ÁRVORE



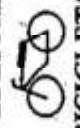
VESTÍGIOS



SEMÁFORO



PEDESTRE



BICICLETA
OU MOTO



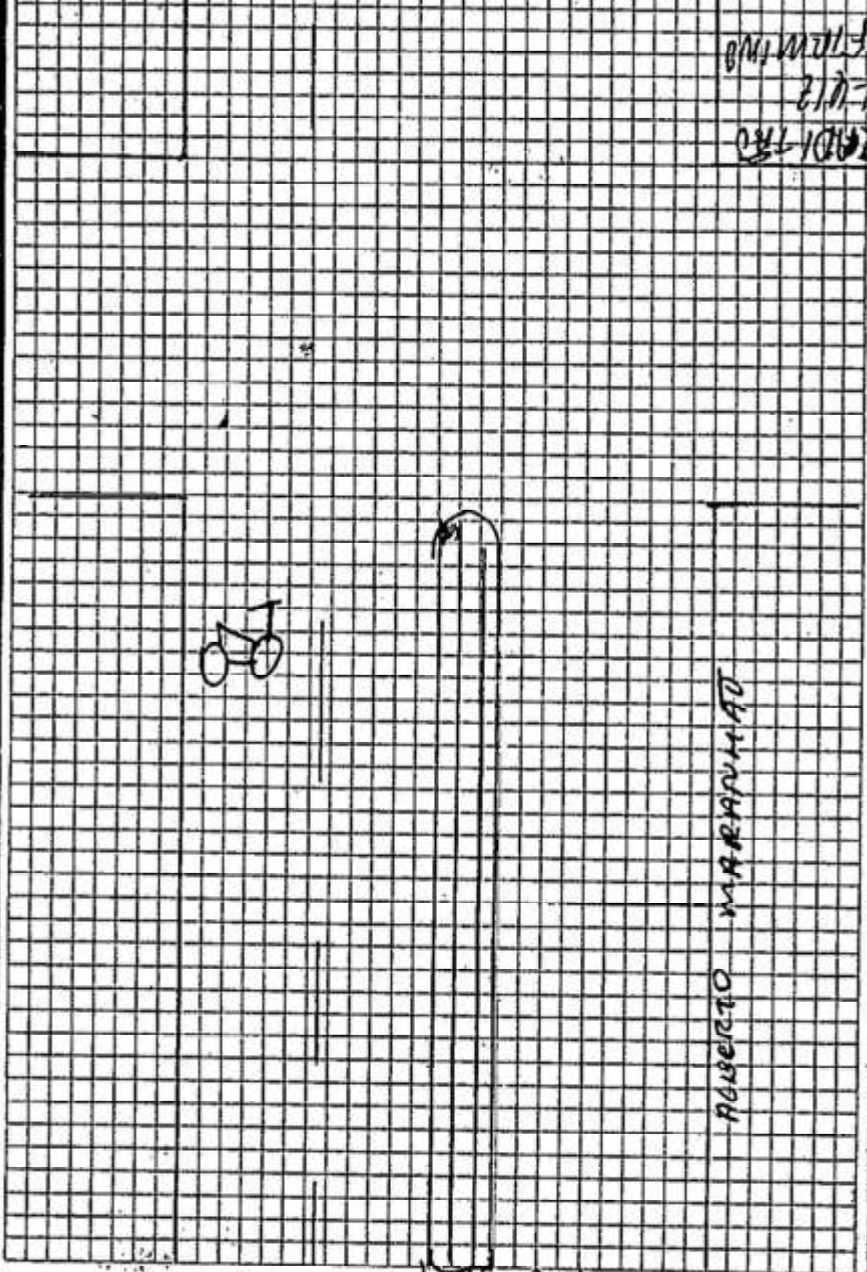
CARRO DE
PEQUENO PORTE



CAMINHÃO
OU ÔNIBUS



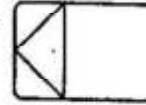
CARRETA



ACIDENTE MARRANHÃO
21/11/78
PR. 101/10102

AVARIAS DO VEÍCULO 1

FAROL, PARA-LAMPA E SINALIZERA



AVARIAS DO VEÍCULO 3

PREJUDICADO



AVARIAS DO VEÍCULO 2

PREJUDICADO



AVARIAS DO VEÍCULO 4

PREJUDICADO



11 - Vítima(s) condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☒ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condição para:

Nome: MARIA DA CONCEIÇÃO SILVEIRA

RG N°: 002 101 402 Órgão Expedidor: SSP

Endereço: R. CAPITÃO LUIZ FERMINO Nº 208 Fone: 9618 5058

Bairro: BELO HORIZONTE Cidade: MORSORO UF: RN

Versão: _____

Assinatura _____

Hora _____

12 - Vítima(s) condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condição para:

Nome: CLETON GEUVANI DE OLIVEIRA

RG N°: 002 101 402 Órgão Expedidor: SSP

Endereço: R. CAPITÃO LUIZ FERMINO Nº 232 Fone: 9618 5058

Bairro: BELO HORIZONTE Cidade: MORSORO UF: RN

Versão: _____

Assinatura: Assinatura do Agente de Trânsito

Nome: _____

RG N°: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Versão: _____

Assinatura: Assinatura do Agente de Trânsito

Nome: _____

RG N°: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Versão: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

RG N°: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Versão: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

RG N°: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Versão: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

RG N°: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Versão: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

RG N°: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Versão: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

RG N°: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Versão: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

RG N°: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Versão: _____

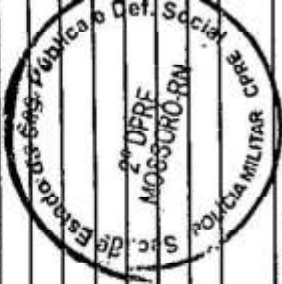
Nome Completo do Agente: PAULO JOSE DA OLIVEIRA

POSTO/GRAD.: SP PM PM N° 06.158 Viaturo: GTOR

Local e Data: MORSORO, 09 de FEV. de 2015

Subunidade: 2ª DPPE

Assinatura do Agente de Trânsito: Assinatura





PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Arturiano Felizardo Matias D.N. 170370 local:
Profissão: Assistente Social Cartão SUS: B. H.
Endereço: Rua: Messias U.F.: PA Fone:
Cidade: Mossoró Pal:
Filiação: Mãe:

Data: 09.02.15

Hora: 11:15

A.C.C.R.: PA-120x70

1. QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Paciente vítima de acidente motorciclístico há 3 dias. Refere que recebeu os atendimentos no hospital e recebeu alta após 2 dias. Refere início de dor abdominal há 2 dias com piora progressiva. Refere vômitos. Nega qualquer medicação.

2. EXAME FÍSICO

EGR, viril, orientado, eupneico, taquicárdico hiperoncótico.
Abdome: Dolor à palpação difusa com aumento de irritação peritoneal.
Tórax: MV(2) bilateralmente.
FC \approx 120 bpm.

ARTURIANO

ASS. 05 MAI 2015

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 09/02/15

SANE / ARQUIVO

3. HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Abdome agudo peritonítico

Solution:

- USG abdome total
- Hemograma com contagem de plaquetas
- Glicemia
- Ureia / creatinina
- Na^+ , K^+ , Cl^- , Ca^{++}
- Rx de tórax em PA com inspiração profunda em pé
- Rx de Abdome AP e perfil em pé

- PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

ALTA DO PRONTO SOCORRO

Notes:

() INTERNAÇÃO HOSPITALAR

() TRANSFERÊNCIA

() OUTROS (Descrever)

Hora:

Identificação Médica

WEELEN EN INHIBITIE DE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
EDUCACAO

Line 20 p. 97 + 98 - 44-64-65-1

Remolent: 17.ii

hemispher. 5.5. Factor

frontal abdominal

John: Andrew Ungers

APR 19 2018

05 MAY 2015

51/20/41

Dr. Luis Alberto Bujes Sotomayor
Medico
CRM - 6949

Notes:

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE
MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

do nome

Examinado o paciente Altemir
Flaviano Motios, 44 anos, que
deu entrada em serviço com queixa
de dor abdominal há os dias. Relata
que a dor é na região (09/08)
e deu entrada no MATN. Fim
em TH de 08/08 (10/08).
do exame: ECG, laudo, orientado,
Hipercondro (tútil), opél.
N.C. NON
Ap: NON

Altemir: Fluido, diluente e polposo
diagnóstico: RHA(1).

Data: / /

Assinatura e Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4831 - Mossoró - RN



VRUANA

SID 1 JAN 50

ASS.

