

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEANE PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00701-3

CONTA: 000010040479-0

Nr. da Autenticação 364E137349C20BCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190292611 **Cidade:** Santa Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEANE PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA. FRATURA FECHADA SEGMENTAR DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

Descrição do exame físico: A VÍTIMA REFERE DOR NA COXA ESQUERDA, COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E AGACHAR. AO EXAME, PRESENÇA DE MARCHA CLAUDICANTE, SEM EDEMA LOCAL. CICATRIZES CIRÚRGICAS EM FACE LATERAL DA COXA ESQUERDA DE CERCA DE 35 CM E FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO DE CERCA DE 6 CM. HIPOTROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA À ESQUERDA. ADM DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO DE 0º-40º. SEM DANO NEURO-VASCULAR DO SEGMENTO ACOMETIDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA, COM DESBRIDAMENTO E SUTURA DE PARTES MOLES. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO COM TRAÇÃO TRANSSESQUELÉTICA. APÓS 17 DIAS DO SINISTRO, REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DEFINITIVO COM OSTEOSÍNTESE DO FÊMUR ESQUERDO COM PLACA E PARAFUSOS, ALÉM DE IMPLANTE DHS EM REGIÃO TRANSTROCANTÉRICA IPSOLATERAL. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MIE. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/05/2019

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



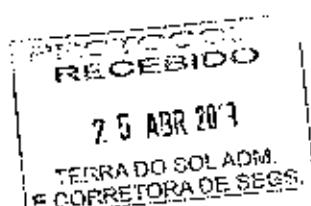
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 /RN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que foi encontrado a ocorrência N° 92553/1 referente ao paciente **JEANE PEREIRA DOS SANTOS** atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 29/09/2018 SANTA CRUZ/RN. Conforme ficha anexa.

23 de abril de 2019.

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3



END: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 92553/1

Data: 29/09/2018

CHAMADO

TARM: FABIOLA DE SOUZA RODRIGUES

Médico Regulação: THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO

Rádio Operador: GHUTEMBERG DIAS FERREIRA

Médico Cena: CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 38 (SANTA CRUZ)

Equipe VTR: JOSÉ SANDOVAL DE LIMA FILHO - CONDUTOR DE VEÍCULO DE
EMERGÊNCIA

ELYDA MAYNARA SOARES DA SILVA - TECNICO DE ENFERMAGEM

<input checked="" type="checkbox"/> REGULAÇÃO MEDICA	<input type="checkbox"/> TROTE	<input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> ENGANO	<input type="checkbox"/> QUEDA DA LIGAÇÃO	<input type="checkbox"/> CONTATO COM EQUIPE SAMU	<input type="checkbox"/> TRANSF./INTERNAÇÃO
--	--------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---	--	---

Cidade: SANTA CRUZ

Nome do Solicitante: ALDEMIR

Telefone: (84) 99800-1529

Nome do Paciente:

(JEANE PEREIRA DOS SANTOS

Idade: *

30 ANO(S)

Sexo: *

FEMININO

Endereço: ZONA RURAL- SITIO CALÇARINHA

Nº: VP

Bairro:

Outro Bairro: COMUNIDADE CAÇARINHA

Referência/Complemento: PROX; AO BAR DO PAULISTA E PRÓX AO AVEARIO DE ZETO

Unidade de Destino Transferência: HOSP. REGIONAL ALUISIO BEZERRA

Observações Rádio Operador: PACIENTE ENTREGUE AOS CUIDADOS DO DR CARLOS RÉGIS NO HOSPITAL LOCAL DE SANTA CRUZ

Queixa Primária: QUEDA DE MOTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

29/09/2018 17:39:20 - Dr(a). THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISÃO MOTOMOTOCOM 01 PCT COM PROVAVEL FRATURA DE FEMUR. CONSCIENTE.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Após:

OBSERVAÇÕES

Data: 29/09/2018 17:43:29 Usuário: (RÁDIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS

Observação: Controle de frota: USB38 ENVIADA SAIU DO PA

Data: 29/09/2018 19:16:08 Usuário: (MÉDICO) CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

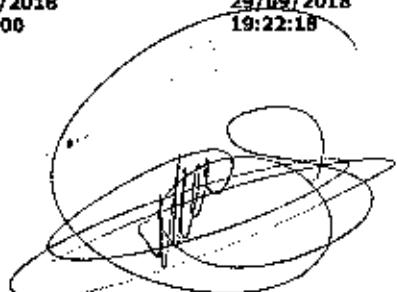
Observação: PACIENTE REMOVIDA NA USB DO PRÓPRIOS HOSPITAL

Data: 29/09/2018 19:22:21 Usuário: (RÁDIO OPERADOR) GHUTEMBERG DIAS FERREIRA

Observação: Controle de frota: PACIENTE ENTREGUE AOS CUIDADOS DO DR CARLOS RÉGIS NO HOSPITAL LOCAL DE SANTA CRUZ

NOTAÇÕES DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
29/09/2018 17:37:29	29/09/2018 17:39:20	29/09/2018 17:40:20	29/09/2018 17:43:20	29/09/2018 17:58:00
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberação Destino:	Liberação VTR:	
29/09/2018 18:25:00	29/09/2018 18:35:00	29/09/2018 19:22:19	29/09/2018 19:22:19	



Observations on the Apes

CECILIA RIBA

Remoção

SEARCHED / INDEXED / SERIALIZED

<p>Aguardando Vaga Estabelecimento: SANTA CRUZ - HOSP. REGIONAL ALUISIO BEZERRA</p> <p>E:</p> <p>Recebido por:</p> <p>Número do conselho:</p> <p>Número da ficha de Remoção:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Vaga Negada <input type="checkbox"/> Vaga Zero</p> <p>Motivo da estrada:</p> <p>Ass:</p>	<p>Vaga Negada - Motivo:</p> <p>-- SELECIONE --</p> <p>B. Ligação ao serv. propri.</p>
--	--

2023 RELEASE UNDER E.O. 14176

Nome receptor:	Cargo receptor:
Descrição dos pertences:	Local deixar os pertences:
Ass:	Data:

Accessed 12/12/2013 11:53

• Sim • Não

• Sim • Não

[View source](#) | [View history](#)



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL ALUÍZIO BEZERRA**

CNPJ 08.358.889/0001-95

SERVÍCIO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME:		Jeane Peninha dos Sentos		SINAIS VITAIS	
DATA DE NASC.:		06/02/98	CPF:	RG:	2740421
FILIAÇÃO:		Rosilene Pereira dos Sentos		TA	X mmHg
Nº CARTÃO SUS:		700 1099 1010 5502		TEMP.	°C
ENDEREÇO:		Sítio Tenório		RESP.	hpm
CIDADE:		Caicó		PULSO:	ppm
SEXO: M() F()		IDADE: 30	PROFISSÃO: Arreleador		
ESTADO CIVIL: SOL					
DATA: 09/08		HORA: 18:00	Nº: 91	PESO: Kg	

QP: *vítima de licença no dia 20, no dia*
em escorregue na trilha das
contas no pé e fratura no tornozelo

História e exame físico:

Exames: / na clínica da região

Diagnóstico:

Fratura no tornozelo

Exames solicitados (com resultados):

DESTINO DO PACIENTE

Diagnóstico definido:

Liberado por decisão médica () a pedido () Hora: _____

Permaneceu () Hora: _____ Internado () Hora: _____

Encaminhado: Ambulatório () Outro () _____

Na ambulância: do HORAB () Da cidade de origem () Transporte próprio ()

Retirou-se à revelia () Hora: _____

Óbito em _____ às _____

Entregue a família () SVO () IML ()

Assinatura e carimbo médico



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 50503 /2018

Admissão: 29/09/2018 21:58:49

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 94955 - JEANE PEREIRA DOS SANTOS (30 a 7 m 23 d)

Nascimento: 06/02/1988 Natural: SANTA CRUZ, BRASIL

Sexo: F Cor: SEM
INFORMACAO

CNS: 700109910105512

CPF: 07317005460

Prof:

Mãe: ROSILENE PEREIRA DOS SANTOS

Pai:

Logradouro: TANQUINHOS, 1

CEP: 59200000 Bairro: SANTA CRUZ

Cidade: SANTA CRUZ

Telefone: 84 99173718

Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 29/09/2018 21:55:48

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO/MOTO, FRATURA DE FEMUR.

Hora: _____

Acidente moto-moto às 16h, com perda de consciente ao cair. Em modo copado. Sem traço torácico ou abdominal.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Volumen cardíaco

B simétrico, VIT simétrico normal

C hipotônico, pulso amplo, sistole-fásico, regular

D dor no tórax

E dor nas costas, no joelho (D)

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

RX de fémur com níveis de ossos

*Saída: _____

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

PC: 00000

*Gerado via SX por GLAUBER STEVEN RAMOS L MEDEIROS. Impresso em 29 de Setembro de 2018.

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS) NENHUMM(MEDICAÇÃO EM USO) R 670P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) NENHUM

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) _____

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) VIA PULMONARV(PASSADO VACINAL) DOTTOR MIGUEL

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NAT Codolo
ALVO DO CIRURGIANOHéctor Araújo de Andrade
CIRURGIANO GERAL
CRM/RN-82980001.0001 vacina gripe febre do deserto
m. 04/3 - 10/10

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

BWFHORA: 22:05DATA: 29/10/18

ESPECIALISTA 2

RCB RODRIGUESHORA: 22:05DATA: 29/10/18

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MEDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA / / HORA

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA C
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚD

José Pedroza

Vítimas do fumo

Não é só eu

Fumaça do fumo

é um vírus para a gente

é uma doença de todos

20/9/18



PARE DE FUMAR, OU O MUNDO PARA DE RESPIRAR



ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ANAMNESE

Socante con los hermanos
Caro y Caro, nego episodio
en la prisión de conservación

EXAME FÍSICO

slatestone pebbles from Loc. (3)

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

now appears to continue the process.

EXAMES COMPLEMENTARES: /RADILOGIA E IMAGEMM/

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Exhibit

3) $\frac{dy}{dx} =$

W. G. Bell

3 H. E. B. T.

6) Action of catalysts

Bruno B. de Souza
Residente em Cirurgia e Traumatologia
Belo Horizonte - MG

...Rosa Mirella Pagan
DOD - HUOLIJEN ONGESEN

—DATA FOR NICKEL-IRON BATTERIES

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE DOOR GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Outros respondem espontaneamente.	
Outros se abrem ao comando verbal. [Responde com o olhar perante uma pergunta elaborada, se apesar das dificuldades.]	3
Outros se abrem por estímulo doloroso	
Outros não se abrem.	
Melhor resposta verbal (MRV)	
orientado [Responde de maneira lógica e propriamente às perguntas sobre seu nome, data, local, etc., a resposta é direta e lógica.]	5
Confuso [Responde às perguntas confusamente, mas há alguma discernibilidade e conteúdo.]	
Palavras Incoerentes [Fala alucinada, mas sem lógica discernível.]	4
Sons [Início de lógica, lamento ou alegria ou palavras.]	3
Acentos	2
Melhor resposta motora (MRM)	
Obediente e ordens verbais. [Pode codificar simples tarefas em 4 passos.]	6
Localiza estímulos visuais.	
Reage à intelecto-a dor.	5
Reage à dor [Desligação].	4
Padrão estonante à dor [Desconexão].	3
Sem resposta motora.	2
Total	10

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE TRIAGEM DO TRÂMPO REVISADA - R75	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	
10-15	= 4
9-10	= 3
8-8	= 2
7-5	= 1
4-3	= 1
2	= 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	
10-20	= 4
>20	= 3
6-15	= 2
1-5	= 1
0	= 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	
>200	= 4
100-199	= 3
50-59	= 2
40-49	= 1
0	= 0

¹⁴Exce de Taurin Respiro (TR): Són indicis de sobrevida para pacients de llerura lachada. Referència: Aoplado de Champion H.R., Jacob W.J., Copas, et al. A revision of the Trauma score. J. Trauma 20(5): 624, 1982.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Possive-
0	+	+	+	+

CLASSIFICAÇÃO DO TCC
1ATLIS 2009

03 - Desprece (aceitação de
avaliação individual);

Referencia: TEA/FALE, J., JENNIFER, B. Assessed-of-coma-and-impaired-consciousness. A patient scale. *Lancet* 1974; 2:11-14.

2. A escola deve aplicar as rotinas contínuas que separam corredores e salas de aulas. Na Escola Quatá, este é o desenho que classifica a dinâmica de sua day school em acordo com as seguintes etapas:

VIA NESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

Paciente com dor lombar e cintura - dor intensa e persistente de possíveis origens

CONDUTA PRIMÁRIA: MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTADORES DE ENFERMAGEM

H.C.C.

N.P.: Paciente com dor lombar e cintura intensa e persistente de possíveis origens

Assinatura e Carambo do Responsável

Assinatura e Carambo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revelia Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

Entregue à família

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

Médico / Carambo

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação.

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revelia Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

Entregue à família

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

Nome:

JEANE Pereira Dos SANTOS

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 30/09/18

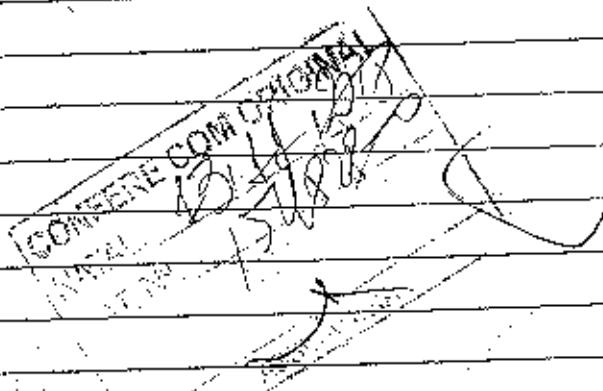
Hora:

03:40 hr. Foi feito computar exame de pele e feito atend.
para ~~exames~~ para aferir a pressão arterial e a temperatura
para entrar para o centro cirúrgico. Dorido sentiu
ruborizado de uma hora ssava sangue por falta
de equipe cada dia C.E.

Exames:
Cirurgia
Anestesiologia
Enfermagem
Fisioterapia

30/ Pac. c/ fratura abr. oper.
29/ 18/ fer. abr. de pele c/ cravado
se apagando abr. fechado

AB Traum. Sartinho



Dr. Antônio Araújo
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Poco Tomazinho
Hospital de Reabilitação
Teotônio Vilela



IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório:

Indicação terapêutica:

Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: Início: Término: Duração:

Operador: Dr. Antônio Araújo CRM/CRO:

1º Auxiliar: Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Pé e Tornozelo
Clínica de Reconstrução
CRM/CRO: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

O paciente é um homem de 30 anos de idade, com antecedentes de diabetes melito tipo II, hipertensão arterial, obesidade mórbida e fumo social.

O paciente entrou no consultório com queixa de dor no tornozelo esquerdo, de intensidade moderada, de origem traumática, iniciada há 1 mês.

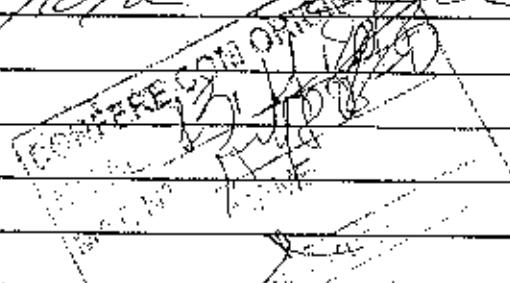
O exame clínico revelou edema e dor no tornozelo esquerdo, com limitação de movimento.

O paciente é casado.

O exame de sangue revelou glicose sérica de 180 mg/dL, hemoglobina glicada de 7,5% e colesterol total de 250 mg/dL.

O paciente é fumante.

Além disso,



Dr. Antônio Araújo
 Ortopedia e Traumatologia
 Clínica do Pé e Tornozelo
 Clínica de Reconstrução
 CRM/CRO: CRM/CRO:

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

PRESCRIÇÃO
MÉDICA

DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto-Socorro Clóvis Sant'Anna



Page three May 1966 251

הנובמבר

REGISTRATION

PRESCRIÇÃO

DATA

981 LUMINESCENCE QUENCHING

162 JOURNAL OF CLIMATE / APRIL 2000

Guia: 5700109910705512

ORTOP



TEL: 99417-3778

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM /RN

Nome: ROGÉRIO PEREIRA DOS SANTOS N° 24
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: JEANE PEREIRA DOS SANTOS

IDADE: 06/03/1988 COR: F SEXO: F ESTADO CIVIL: SOLT.

NATURALIDADE: STA CRUZ PROFISSÃO: AGRIE PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: SITIO TANQUINHOS Q3 BAIRRO: ZONA RURAL

CIDADE: STA CRUZ DATA: 13/10/2018 HORA: 16:39

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNÉIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
---------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

ESCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Fratura do fêmur do ferro (E)
há 15 dias após queda de
moto

BPP, com déficit neuromotor

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
				0969214		
				CONFIRMADO		
				Recomendado		
				Cancelado		

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do fêmur do ferro (E)

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUZO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

*Internado para tratamento
de crise*

*DR. Diogo TORQUATO
ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGIA
CRM-RJ 6770/TEOT 14133*

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____
HORA _____ HS		HORA _____
PARA		

RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA	<input type="checkbox"/>	A REVELIA	<input type="checkbox"/>		
DATA _____ / _____ / _____		HORA _____				
ÓBITO _____ / _____ / _____		HORA _____				
ENTREGUE	À FAMÍLIA	<input type="checkbox"/>	S.V.O.	<input type="checkbox"/>	I.T.E.P.	<input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



Hospital

Nº ๒๗๐๖๔๖๘๕๑

Nosso do paciente

Data operasztíci

9

| Leito

1º auxiliar

Digitized by srujanika@gmail.com

70 million

Type of anaesthesia

Instrumentos

ANSI6515M

Page 1

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do psicólogo(a)

Exame radiológico no ato

Ardente durante a operação

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática cirúrgica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

196919
GONE TO THE COMING HOME
-THE CHIEF
-S. P. H. T.
-Sept 1969
S. Pauline

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: Jeanne Fernanda dos Santos Idade: 30 D/N: 06/02/1988
 Pront.: 162758 Município: Santa Cruz Procedência: Interno Externo
 Data da cirurgia: 16/10/18 Hora Admissão: Bloco: 07 S/Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____
 Alergias: Não Sim Comorbidades: HAS DM Outras _____
 Uso de medicações: Não Sim Jejum: Não Sim
 SSW Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm FL: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C

Enfermeiro(a): Letanne Instrumentador (a): Aline Fernandes Circulante: Cláudia
 Cirurgia: TI Fratura de Fémur + Fractura segmentar de Tíbia Especialidade: Ortopedia Sala: _____
 Hora Início: 08:44 Hora Término: 11:20 Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
 1º Cirurgião: DR. J. V. S. S. M. G. Aux.: DR. M. A. M. G. Residente: _____

Anestesia: Local Sedação Geral TOT: _____ Bloquio (x) Raquidiana Ag.nº 25 Peridural c/cateter s/cateter
 Ag.nº _____ Cateter nº _____ Início: 08:40 Garrote: Smarch Pneumático Início: 08:40 Hora Término: 08:41 _____
 Anestesiologista: DR. R. R. R.

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE		CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO		DISPOSITIVOS		MONITORIZAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/>	-Consciente	<input checked="" type="checkbox"/>	-Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/>	-Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/>	-Jelco	<input checked="" type="checkbox"/>	-ECG
<input type="checkbox"/>	-Letárgico	<input type="checkbox"/>	-Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/>	-Hipotensão	<input type="checkbox"/>	-Acesso.V. Central	<input checked="" type="checkbox"/>	-Oximetria
<input type="checkbox"/>	-Coma	<input type="checkbox"/>	-Clanótica	<input checked="" type="checkbox"/>	-Hipertensão	<input type="checkbox"/>	-Cat. Diálise	<input type="checkbox"/>	-Capnógrafo
<input type="checkbox"/>	-Orientado	<input type="checkbox"/>	-Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/>	-Normogárdico	<input type="checkbox"/>	-Fistula	<input type="checkbox"/>	-PA
<input type="checkbox"/>	-Desorientado	<input type="checkbox"/>	-Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/>	-Bradicardia	<input type="checkbox"/>	-Arteriovenosa	<input type="checkbox"/>	-Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/>	-Sedado	<input checked="" type="checkbox"/>	-Integra	<input checked="" type="checkbox"/>	-Taquicardia	<input type="checkbox"/>	-SNG	<input type="checkbox"/>	-Diprifusor
<input checked="" type="checkbox"/>	-Ansioso	<input type="checkbox"/>	-G/lesões cutânea	<input checked="" type="checkbox"/>	-Cheque	<input type="checkbox"/>	-SVD	<input type="checkbox"/>	-BIC
<input type="checkbox"/>	-Desambulatório	<input type="checkbox"/>	-Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/>	-Normoesfíglico	<input type="checkbox"/>	-Colostomia	<input type="checkbox"/>	-Desfibrilador
<input type="checkbox"/>	-T/ dificuldade	<input type="checkbox"/>	-Cicatriz cirúrgica	<input type="checkbox"/>	-Eufébia	<input type="checkbox"/>	-Cistostomia	<input type="checkbox"/>	-Cistostomia
<input checked="" type="checkbox"/>	-Acetando	<input checked="" type="checkbox"/>	-Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/>	-Disperma	<input type="checkbox"/>	-Drenos	<input type="checkbox"/>	-Aparelho gessado
<input type="checkbox"/>	-Parapléxico	<input type="checkbox"/>	-Higiene deficiente	<input type="checkbox"/>	-Dispositivo O ₂	<input type="checkbox"/>	-Tracão	<input type="checkbox"/>	-Tração
<input type="checkbox"/>	-Tetrapléxico	<input type="checkbox"/>	-Manchas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-Talias	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	-Amputações	<input type="checkbox"/>	-S/Tricotomia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

SINAIS VITAIS		Infuso	Mero	Pínt	Unid	Med	Posição	COXIM	MMSS
FC	<u>117</u>	<u>15</u>	<input type="checkbox"/>	<u>10</u>	<input type="checkbox"/>	<u>Bpm</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/>
Pulso	<u>88</u>	<u>90</u>	<input type="checkbox"/>	<u>94</u>	<input type="checkbox"/>	<u>Bpm</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ventral	<input checked="" type="checkbox"/>
Oximetria	<u>94</u>	<u>98</u>	<input type="checkbox"/>	<u>99</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pescoco	<input checked="" type="checkbox"/>
Capnografia	<u>—</u>	<u>—</u>	<input type="checkbox"/>	<u>100</u>	<input type="checkbox"/>	<u>%</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral	<input checked="" type="checkbox"/>
PA	<u>131/90</u>	<u>75</u>	<input type="checkbox"/>	<u>83</u>	<input type="checkbox"/>	<u>mmHg</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tórax	<input checked="" type="checkbox"/>
							<input checked="" type="checkbox"/>	Fletidos	<input checked="" type="checkbox"/>
							<input checked="" type="checkbox"/>	Lombar	<input checked="" type="checkbox"/>
							<input checked="" type="checkbox"/>	Trendleburg	<input checked="" type="checkbox"/>
							<input checked="" type="checkbox"/>	Canivête	<input checked="" type="checkbox"/>
							<input checked="" type="checkbox"/>	Proclive	<input checked="" type="checkbox"/>

ACESSO VENOSO		PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
Punção Arterial	<input type="checkbox"/>	Sim ()	Não ()
Punção Venosa Periférica	<input type="checkbox"/>	Metal ()	Descartável ()
Punção Venosa Central	<input type="checkbox"/>	Local ()	Exterior ()
Disssecção venosa	<input type="checkbox"/>	Local ()	Exterior ()

DEGERMAÇÃO		TRICOTOMIA	
<input checked="" type="checkbox"/>	Sim ()	<input type="checkbox"/>	Não ()
<input type="checkbox"/>	Não ()	<input type="checkbox"/>	Sim ()

Local: M.E Solução: Oxigênio Local: ---

SONDAGEM GÁSTRICA		IMPRENTE CIRÚRGICO	
<input checked="" type="checkbox"/>	SGN	<input type="checkbox"/>	descolada
<input type="checkbox"/>	SGN	<input type="checkbox"/>	colocada
Retorno:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CATETERISMO VESICAL		CINTA CIRÚRGICA	
SVF nº	SVF nº	<input type="checkbox"/>	colocada
Diurese:		<input type="checkbox"/>	
Profissional responsável:		<input type="checkbox"/>	

EXAMES SOLICITADOS		ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
<input checked="" type="checkbox"/>	Hemograma	<input type="checkbox"/>	Gasometria
<input type="checkbox"/>	Coagulograma	<input type="checkbox"/>	Outros
<input type="checkbox"/>	Tipagem Sangüínea	<input type="checkbox"/>	Glicosimetria
<input type="checkbox"/>	Radioescopia (Ralo X)	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Caixa cirúrgica
		<input type="checkbox"/>	Quant. Material
		<input type="checkbox"/>	Val.
		<input type="checkbox"/>	Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim



Sistema Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

2- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIÓ MARQUES DE LUCENA

3615168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

JEANE PEREIRA DOS SANTOS

162758

7- CARTÃO NACIONAL SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

700-1099 1010 5512

06/02/1988

9- SEXO

FEMININO

10- RACIOCOR

11- NOME DA MÃE

12- TELEFONE DE CONTATO

ROSILENE PEREIRA DOS SANTOS

999173718

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

RITA DE CASSIA

15- ENDERECO (RUA, N°)

SI TANQUINHOS 3

16- MUNICÍPIO

SANTA CRUZ

17- BAIRRO

ZONA RURAL

18- UF

RN

19- CEP

58200000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fractura diafíseio da fêmur (C)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Treatmento cirúrgico

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

Radiografia

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura fêmur

S. F2

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Fráscia fáctica fémur

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- CNPJ DA SEGURODORA

40- Nº DO SÍLHETE

41- SÉRIE

37- AC. TRÂNSITO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNPJ DA EMPRESA

44- CBOR

38- AC. TRABALHO TÍPICO

39- AC. TRABALHO TRAJETO

46- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() APOSENTADO () NÃO SEGURO

Autorização

48- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COO, ORGÃO EMISOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

49- DOCUMENTO

50- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

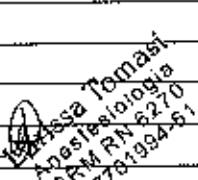
() CNS () CPF

51- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

669371-6
Claudia Batista
51-Bento/01

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	HDM-L					Enfermaria	Lelto	Nº prontuário		
Nome	Jeanne Pereira dos Santos					Idade	30a	Sexo	F	Cat
Data	16.10.18	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso	Outros			
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia					
	Urina									
Ap. respiratório						Asma	Bronquite			
Ap. circulatório	{ N.DN					Eletrocardiograma				
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário					
Estado mental	Consciente e orientada		Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores				
Diagnóstico pré-operatório	Fratura de fêmur					Estado físico	Bom	Risco	ASA-I	
Anestesias anteriores										
Medicação pré-anestésica					Aplicada as	Efeito				
Agentes Anestésicos	SECO	RSRS RSRS RSRS								
	SO ₂	9	8	9	8	9	8	9	8	9
Líquidos										
Oper.	260									
	250									
Anest.	240									
	230									
O Resp.	220									
	210									
P Pulso	200									
	190									
O Resp:	180									
	170									
P Pulso	160									
	150									
O Resp:	140									
	130									
P Pulso	120									
	110									
O Resp:	100									
	90									
P Pulso	80									
	70									
O Resp:	60									
	50									
P Pulso	40									
	30									
O Resp:	20									
	10									
SÍMBOLOS	midazolam - 01 Atrop	Dexametasona - 01 Atrop								
E	Fentanil - 01 Atrop	Dipirona - 02 Atrop								
ANOTAÇÕES	Procaina P - 01 Atrop	Ranitidina - 01 Atrop								
	Primox, zimigol - 01 Atrop	Ondansetrona - 01 Atrop								
POSIÇÃO	Decúbito dorsal									
Agentes	Nicocaina perada + Primox									
Técnica	Bloqueio subaracnóide									
Operação	TTO. cirúrgico da fratura de fêmur									
Cirurgiões	Dr. Haussmann + Dr. Marcelo Nobreza									
Anestesistas	Pro. Rosa Valle + Pro. Isaura Tomasi									
Observações	Sem intercorrências									
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias										
 Dr. Massa Tomasi Anestesiologia CRM RN 6270 201994-61										
Perda sanguínea										

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	073.170.054-60	Yeani Pereira dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS & FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSCIP N° 445/2012		
Nome completo:	CPF:	073.170.054-60
Profissão:	Número:	Complemento:
Endereço:	3	CASA
Saíra:	CEP:	59.200-000
Zona Rural	Tel.(DDD):	84.98738-7462 ou 84-98849-4125
E-mail:		

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

DADOS CADASTRAIS

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0701 3 CONTA: 40.479 9
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias 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 apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data, 29/04/19
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RG

Iane Pereira dos Santos
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHA RECEBIDO
 1º | Nome: _____ CPF: _____
 2º | Nome: _____ CPF: _____
 TERRA DO SOL S.A.
 CORRETORA DE SEGUROS

Assinatura

(*). A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, 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.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 9ª DELEGACIA REGIONAL - SANTA CRUZ
Endereço: RUA JOAQUIM ROGÉRIO, 270, DNER, SANTA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J201907900632 1.2 Data de Expedição: 07/04/2019 11:36:19
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligou Ciosp: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/09/2018 17:30:00 2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Rural
2.8 Número: 00
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
2.7 Logradouro: ESTRADA CARROÇAL QUE LIGA A CIDADE DE SANTA CRUZ AO SÍTIO TANQUINHO/RN
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: SANTA CRUZ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JEANE PEREIRA DOS SANTOS 3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Parda
3.7 Sexo: FEMININO
3.9 CPF:
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: AGRICULTORA
3.15 Telefone(s): 84 987387962
3.17 Número: S/N
3.19 Bairro: ZONA RURAL
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: SANTA CRUZ
3.4 País: SEVERINO TARGINO DOS SANTOS
3.6 Mãe: ROSILENE PEREIRA DOS SANTOS
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 06/02/1986
3.14 RG: 2740421
3.16 Passaporte:
3.18 Naturalidade: SANTA CRUZ/RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: SÍTIO TANQUINHOS
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.3 Chassi: *****34338
7.1.5 Placa: MYK3133
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2007
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: MARIA EDILEIDE DA SILVA
7.1.17 Nome do condutor: JEANE PEREIRA DOS SANTOS
7.1.18 Observações:
7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam:
7.1.6 Estado:
7.1.8 Modelo: POP100
7.1.10 Ano da Fabricação: 2007
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

RECEBIDO
25 ABR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA A COMUNICANTE VÍTIMA PARA NOS RELATAR QUE TRAFEGAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA CITADA, QUANDO VINHA DO SÍTIO TANQUINHOS PARA A CIDADE DE SANTA CRUZ FOI COLIDIA DE FRENTES COM OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA SAMU E LEVADA PARA O HOSPITAL REGIONAL ALUÍZIO BEZERRA NESTA CIDADE E LÓGO ENCaminhada para o HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL NA CIDADE DE NATAL/RN E DEPOIS DE 15 (QUINZE) DIAS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DEOCLÉIO MARQUES NA CIDADE DE PARNAMIRIM/RN POR ONDE PASSOU POR CIRURGIA. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do Ciosp

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 07/04/2019 11:36:19

Jeane Pereira dos Santos
Policial

Jeane Pereira dos Santos
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1573551 - SEBASTIÃO JUDSON DA SILVA

Impresso por: 1573551 - SEBASTIÃO JUDSON DA SILVA em 07/04/2019 11:36:28

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

201907900632