

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: 25/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANILIO BARBOSA GUIMARAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04138

CONTA: 000000018112-2

Nr. da Autenticação FA087E75E0A00BCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180222210 **Cidade:** Coronel João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILIO BARBOSA GUIMARAES **Data do acidente:** 05/03/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEFICIT FUNCIONAL

Sequelas permanentes: DEBILIDADE MODERADA DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MEMBRO SUPERIOR 50%

Documentos complementares:

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
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Jorge da Silva Motta



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Prefeitura Municipal de São Miguel
Fundo Municipal de Saúde do Município de São Miguel
CNPJ 13.880.529/0001-99 - Rua Moreira Filho, SN - Maria Manoela.
Telefax.: (84) 3353-2122 - Cep: 59.920-000
Secretaria Municipal de Saúde.

Atto declaratório

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

N.º

Nome: Danilo Barbosa Guimarães Idade: 27 anos
FILIAÇÃO Pai: Antonio Neves Guimarães
Mãe: Josefa Barbosa de Lima
Cartão SUS N.º: Fone: ()
Data Nasct: 01/02/90 Cor: B Sexo: ☐ F ☒ M Estado Civil: solteiro
Naturalidade: São Miguel Profissão: Apicultor RG n.º:
Residência: R. Maria Manoela Bairro:
Cidade: São Miguel Data: 05/03/18 Hora Ent: 02:06 hs.

CONDIÇÕES DO PACIENTE A SER ATENDIDO

Aparentemente Bem ☐ C/Hemorragia ☐ Regular ☐ Em Convulsão
☐ Dispneia ☐ Politraumatizado ☐ Chocado ☐ Agitado
☐ Comatoso ☐ Outros ☐

Alega Acidente de Trabalho ☐ Sim ☐ Não

História - Causa Eficiente da Lesão (Alegada)

(cf. verb) Trabalho com pul. e seg. +
queda com queda acidental

Exame Físico - Lesões ou Afeções Encontradas

9 pontos amarelos (cf. foto)

Diagnóstico provisório

Problema Am. e seg.

Exames Complementares (Com. do Registro)

ARUANA SEGUROS
15 MAI 2017

PA: 150 x 120 mmHg

TEMP: 36.2

PESO:

PULSO:

RESPIRAÇÃO:

Dr. Poo. Wilson O. Pedro
Médico
CPF: 112013033-40
CRM/CE: 8134
CRM/RN: 3875



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Prefeitura Municipal de São Miguel
Fundo Municipal de Saúde do Município de São Miguel
CNPJ 13.880.529/0001-99 - Rua Moreira Filho, SN - Maria Manoela.
Telefax.: (84) 3353-2122 - Cep: 59.920-000
Secretaria Municipal de Saúde.

CONDUTA MÉDICA

1) Assinatura
2) Assinatura
3) Assinatura
4) Assinatura

Dr. rec. Ulston O. Fialva
Médico
CPF: 112.013.633-49
CRM/CE: 6134
Rég. nº: 1074



NOME DO PROFISSIONAL:

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3331-9840

03.03.09 02.24

BOLETIM DE URGÊNCIA

17

Nome:	DANILIO BARBOSA GUIMARAES			TEL:	Nº REG. 422379				
Nas:	01/12/1990	1-Masculino	Solteiro	AGRICULTOR	Cert.nasc. <input type="checkbox"/>	Título <input type="checkbox"/>	CPF <input type="checkbox"/>	RG <input type="checkbox"/>	Nº
Pai:	ANTONIO NEVES GUIMARAES			Mãe:	JOSEFA BARBOSA DE LIMA				
Endereço:	MARIA LEODONA	1460	CENTRO	SÃO MIGUEL	RN				
Responsável:	707 4070 0607 2172			TEL:					
Endereço do Responsável:	9-9158 8383								

Serviço:	Urgência / emergência	Enfermaria:	Leito:
Admissão:	05/03/2018	Hora admissão:	11:26
Data da Alta:	Hora da Alta:		
Dados Clínicos:	PA: mmHg	Pulso: Bpm	Temp: FR

Alega Acidente de Trabalho ☐ Sim ☐ Não

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

Trava no antebraço
segundo

Lesões ou afecções encontradas

Dor, edema e hiper-
midose.
Circunferência no antebraço
perimetro no 2º Q.R.D.

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Fratura Antebraço E

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 11:29

CRM



BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA:

Curativo
para ferida
A cirurgia

Dr. Ivoezio Lacerda
Médico Ortopedista
Membro Titular

HOSP. DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE

AUTENTICAÇÃO

CONFERE COM O ORIGINAL

PAU DOS FERROS - RN 33103118

Francisco Hélio Costa
Francisco Hélio Costa
Chefe do Setor de Faturamento
Portaria N° 06/GS

Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Data: 05/03/18 hora: 11:50

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica: ☐ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐
Alta Médica: ☒ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☐ Transferência: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo:

Dr. Ivoezio Lacerda
Dr. Ivoezio Lacerda
Médico Ortopedista

Código: 232525933

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL REGIONAL DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE (2409275)
Central Reguladora:
NATAL

Op. Solicitante:
EDILZA
Unidade Desejada:
--- (---)

Data de Solicitação:
05.03.2018 - 13:19:38
Data Desejada:

DADOS DO PACIENTE

CNS:
707407006072172
Nome do Paciente:
DANILLO BARBOSA GUIMARAES
Nome da Mãe:
JOSEFA BARBOSA DE LIMA
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
01/12/1990 (27 anos)
Tipo da Moradia:
NÔMADE / CIGANO / MORADOR DE RUA
Telefone(s):
(41) 99990-9930 (*Exibir Lista Detalhada*)
Nome do Responsável:
ADJAIR BARBOSA GUIMARAES

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:
CURITIBA - PR
Raça:
BRANCA
Tipo Sanguíneo:

Telefone do Responsável:
9-9158-8383

DADOS DA SOLICITAÇÃO**CPF do Médico Solicitante:**

Nome do Médico Solicitante:
DR. IVONÉZIO QUEIROZ DE SOUZA CRM
4152

Status da Solicitação:
PENDENTE

Diagnóstico Inicial - CID:
S523 - FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO
Caráter:
11 - Urgência
Clinica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA
ULNA

Classificação de Risco:
Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível
Clinica Complementar:
Nenhuma
Código:
0408020431

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
TRAUMA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DOR, EDEMA E DEFORMIDADE.
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
SEMIOLOGIA E RX
Condições que Justificam a Internação:
NECESSIDADE DE CIRURGIA.

PARER**Motivo de Impedimento do Regulador:****Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)****CRM:**

Data de Solicitação:
05.03.2018 - 13:19:38

Data da Extração dos Dados: 18/03/2018 18:37:14

ARUANA SEGUROS
15 MAI 2018

CONFERE COM ORIGINAL
hebelberts
20/3/2018



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 11866 /2018

Admissão: 13/03/2018 09:05:47



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: **65195 - DANILO BARBOSA GUIMARAES** (27 a 3 m 12 d)

Nascimento: 01/12/1990 Natural: VENHAR-VER. BRASIL

CNS: 707407006072172

CPF: 07372651409

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: JOSEFA MIGUEL DE LIMA

Pai:

Logradouro: FORMOSO, 1

CEP: 59925000

Bairro: AREA RURAL

Cidade: VENHAR-VER

Telefone: 84.996072807

Compl:

Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: REGULADO POR DR RODRIGO

Classificação: 13/03/2018 08:56:01

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: AVALIAÇÃO MÉDICA

Hora: _____

Paciente c/ fratura do fêmur
de uma GSS fechada.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

ARUANA SEGUROS
15 MAI 2019

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE!

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ^{***}	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<div>Assinatura e Carimbo do Responsável</div>	<div>Assinatura e Carimbo do Responsável</div>

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: 13/03/18	HORA: 09h	
SAÍDA:	DATA: / /	HORA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / /	HORA:	
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

[Assinatura]

Dr. Rodrigo Cabral
Ortopedista
CRM/RN 390714/525

Médico (Carimbo)



Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

STACAR

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / /	HORA:	
SAÍDA:	DATA: / /	HORA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:	

ARQUIVADO
15 MAI 2018



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

2- CNES

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

DANILIO BARBOSAGUIMARAES

8- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

150981

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

707 4070 D607 2172

8- DATA DE NASCIMENTO

01/12/1990

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

JOSEFA BARBOSA DE LIMA

12- TELEFONE DE CONTATO

991588383

13- NOME DO RESPONSÁVEL

CELINA FRANCO DE CARVALHO SOARES

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

SÍTIO - FORMOSO Nº 01

16- MUNICÍPIO

VENHA VER

17- BAIRRO

ZONA RURAL

18- UF

RN

19- CEP

59925000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Inf. Sme. de 17-sep
inf. de autolesão

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Wicente - 17-07-2018

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

EE + RX - TX

23- DIAGNÓSTICO VITAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Inf. - Cirurgia

28- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

() CNS () CPF

32- 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 SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRÂNSITO

38- () AC. TRABALHO TÍPICO

39- () AC. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CSOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CONFERE COM ORIGINAL

Redelberto

Servidor

207.93.6



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		150881
DATA	HORA	CATEGORIA
14/03/2018	12:22	
PACIENTE		GIH
DANILIO BARBOSA GUIMARAES		
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	DATA DE NASCIMENTO
SOLTEIRO	AGRICULTOR	01/12/1990
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
SITIO - FORMOSO Nº 01		
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF
VENHA VER	ZONA RURAL	RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP
		59925000
		TELEFONE
FILIAÇÃO		
JOSEFA BARBOSA DE LIMA	ANTONIO NEVES GUIMARAES	
RESPONSÁVEL		TELEFONE
CELINA FRANCO DE CARVALHO SOARES		991586383
ENDEREÇO		
O MESMO		

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA
Dr. Edimar M. Dantas
HISTÓRIA CLÍNICA - CRM-942
Ortopedia-Traumatologia

OBITO

18/3/18 Alta Hosp.

Dr. Edimar M. Dantas
CRM-942
18 MAR. 2018ARUANA SEGURANÇA
15 MAI 2018CONFERE COM ORIGINAL
hedeibenes
20/3/18

João - Josefa Barbosa e
do Sues - 707.4070 06 07 2172



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

RG. 54.682980-8
CPF- 073726514/09 46 Nº Ont.

NOME: Danilo Barbosa Guimarães.
IDADE: 01.12.1990 COR: Parda SEXO: Mase ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: São Miguel - RN PROFISSÃO: Agricultor PROCEDÊNCIA:
ENDEREÇO: Sítio Formoso BAIRRO: Zona Rural
CIDADE: Venha Ver - RN DATA: 14/03/2017 HORA: 12:20

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

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)
Queda de altura e impacto na cabeça

EXAME FÍSICO

ARUANA SEGUROS
15 MAI 2019

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL: fratura de fêmur e

CONFERE COM ORIGINAL
Hedellberto
207538

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"/> BUCO-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

Intervir p/operar

Dr. Edimar M. Dantas
CRM 942
Ortopedia-Traumatologia

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Ortopedia</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
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)

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital (Senador Walfredo Gurgel)
Pronto Socorro Clóvis Sandoz



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

2 - CNEC
4 - CNEC

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

8 - Nº DO PROTOCOLO

9 - SEXO

MASCULINO

8 - DATA DE NASCIMENTO

05.12.1990

8 - TIPO X

11 - TELEFONE DE CONTATO

996072207

991588383

2 - ENDEREÇO (RUA, Nº)

Rua Miguel de Lima

13 - MUNICÍPIO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fx doftaria uma ESR

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

4to curro

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS REALIZADAS

Amor + Gt + R

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID INICIAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - CAPACIDADE DA INTERNAÇÃO

orgânico

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

25 - LETO / CLÍNICA

SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

030800009

FAZEM FÉRMEN EM CASO DE CAUSAS OCULTAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - Nº DO BILHETE

33 - CNPJ DO ESTABELECIMENTO

32 - () ACIDENTE DE TRANSITO

36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO

38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO

41 - CID PRINCIPAL

42 - CID SECUNDÁRIO

AUTORIZAÇÃO

50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLAR

54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO

45 - NOME DO PROF. AUTORIZADO

51 - DT AUTORIZ.

47 - DT AUTORIZ.

48 - CNS / CPF

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

COPIA ORIGINAL
15 MAI 2013
15
13/05/18

Núcleo de



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Paciente: Daniel Barbosa Guimarães Idade: 79 D/N: 01/12/90
Município: Unhaí Procedência: Interno () Externo
Data da cirurgia: 13/03/18 Hora Admissão: Bloco: 8 Sala: 35 Hora Saída: 14:30 Peso: 96
Comorbidades: () H:S () DM () Outras
Jejum: () Não () Sim
mmHg Pulso: 62 bpm FI: 97 rpm FC: 97 bpm SpO₂: 97 % T: 36 °C
Admissão: PA: 130/80 Circulante: Purita

Instrumentado (a): Paulo Especialidade: Ortopedia Sala: 03
Cirurgião: Dr. Michel Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
Hora Início: 10:30 Hora Término: 11:00 Residente: Dr. Roberto
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: 10:10 () Bloqueio () Raquidiana Ag.º () Peridural () c/cateter () s/cateter
Cateter nº: 10 Garrot: Smarch () Pneumático Início: 10:20 Término: 11:00
Anestesiologista: Dr. Cristiano

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE		CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO		DISPOSITIVOS		MONITORIZAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input checked="" type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. nervo	<input checked="" type="checkbox"/> Difusor
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> SDC	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno		
<input checked="" type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂		<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	<input checked="" type="checkbox"/> Tração		
						<input checked="" type="checkbox"/> Talas			

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	62	80	71	Bpm
Pulso	62	82	71	Bpm
Oximetria	97	94	97	%
Capnografia				%
PA	130/80	130/80	100/60	mmHg

POSIÇÃO		COXIM		MMSS	
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos	<input checked="" type="checkbox"/> MMII
<input checked="" type="checkbox"/> Trendelenburg	<input checked="" type="checkbox"/> Canivete			<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Proclive				<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos	

ACESSO VENOSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Arterial	<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Venosa Periférica
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Venosa Central	<input checked="" type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local: <u>MSD</u>	Cateter: <u>MSD</u>

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
() Sim () Não () Metal () Descartável	
Local: <u>MSD</u>	DEGRAMAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	Local: <u>MSD</u>
Solução: <u>depois de usar</u>	IMPLANTE CIRÚRGICO
<u>15 MAI 2018</u>	

SONDAGEM GÁSTRICA	
<input checked="" type="checkbox"/> SNG nº	<input checked="" type="checkbox"/> Retorno:
CATETERISMO VESICAL	
<input checked="" type="checkbox"/> SVF nº	<input checked="" type="checkbox"/> SVA nº
Diurese:	Profissional responsável:

Drenos:	Tela:	Cateter:	Ostomia:	Fio de KC:	Placa - Tipo:	Outros:
					<u>1 placa de 10x10x1cm</u>	<u>parafuso</u>

EXAMES SOLICITADOS:	
<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma	<input checked="" type="checkbox"/> Gasometria
<input checked="" type="checkbox"/> Coagulograma	<input checked="" type="checkbox"/> Outros
<input checked="" type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input checked="" type="checkbox"/> Glicolimetria
<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: 6x6x10x10
Val.: 22/03/18 Contagem de bactérias: OK

שבת 17

Younger son

100

060015-50

○

_____ :opasoduy c.c

Page 1 of 1

Printed on acid-free paper.

1.0425317

01 LOGUW 107225Z

Correspondence: Dr. J. H. J. van't Hof, Department of Internal Medicine, University Hospital Groningen, P.O. Box 30.001, 3000 RB Groningen, The Netherlands. Tel.: +31 (0) 931 206100; Fax: +31 (0) 931 206101; E-mail: j.h.van't.hof@azg.azg.azg.nl

1000

[illegible][illegible]

$\mathcal{N}(\cdot)$ နှင့် $\mathcal{N}(\cdot)$

UNIDADE

Griff

~~NOTICE~~ ~~NOTICE~~ ~~NOTICE~~

~~SECRET (NSA) (S)~~

00: () Suco de () Torácico

~~CONFIDENTIAL~~

CORRÊNCIAS NA URPA

Age Group	1990	1995	2000	2005
0-14	22	20	18	15
15-24	18	19	21	22
25-34	15	16	17	18
35-44	12	13	14	15
45-54	10	11	12	12
55-64	8	9	10	10
65-74	6	7	8	8
75+	4	5	6	6

STATIS

105

74

59

સાથે જોડાયેલા સ્થાનો

[illegible]

NAME _____

DATE _____

CAD DE ENFERMAGEM

[Handwritten signature]

100-443886-1

John

Figure 1. Schematic representation of the experimental design. The subjects were divided into two groups: a control group and an experimental group. The control group received a standard training program, while the experimental group received a training program with a focus on the specific skills required for the task. The results of the training program were compared between the two groups.

Nome do paciente

Jaciele Barbosa Guimarães

Nº prontuário

Data operação

12/3/18

Enf.

Leito

Operador

Dr. Ruy

1º auxiliar

Dr. Ruy

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesiologista

Dr. Ruy

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Fratura do antebraço e (gastros)

Tipo de operação

Tratamento cirúrgico do antebraço e

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Fratura do antebraço e.
 Fratura do antebraço e.
 Fratura do antebraço e.
 Fratura do antebraço e.
 Fratura do antebraço e.
 Fratura do antebraço e.
 Fratura do antebraço e.
 Fratura do antebraço e.
 Fratura do antebraço e.
 Fratura do antebraço e.

Ruy Santos
 Ortopedista Traumatologia
 CRM 1236 - SBO 1341

ARUANA SEGUNDO
 15-MAI-2018

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário 150.981	
Nome Danilo Barbosa Fernandes				Idade 24	Sexo M	Cor B	
Data 10/03/18	Pressão arterial 130/90	Pulso 78	Respiração exp	Temperatura 36,5	Peso 60	Outros	
Grupo sanguíneo	Hematomas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Urela		
Urina							
Ap. respiratório 12 l/min, 18 l/min, 20 l/min, 22 l/min, 24 l/min, 26 l/min, 28 l/min, 30 l/min, 32 l/min, 34 l/min, 36 l/min, 38 l/min, 40 l/min, 42 l/min, 44 l/min, 46 l/min, 48 l/min, 50 l/min, 52 l/min, 54 l/min, 56 l/min, 58 l/min, 60 l/min, 62 l/min, 64 l/min, 66 l/min, 68 l/min, 70 l/min, 72 l/min, 74 l/min, 76 l/min, 78 l/min, 80 l/min, 82 l/min, 84 l/min, 86 l/min, 88 l/min, 90 l/min, 92 l/min, 94 l/min, 96 l/min, 98 l/min, 100 l/min				A asma		Bronquite	
Ap. circulatório 120/80, 130/90, 140/100, 150/110, 160/120, 170/130, 180/140, 190/150, 200/160, 210/170, 220/180, 230/190, 240/200, 250/210, 260/220, 270/230, 280/240, 290/250, 300/260, 310/270, 320/280, 330/290, 340/300, 350/310, 360/320, 370/330, 380/340, 390/350, 400/360, 410/370, 420/380, 430/390, 440/400, 450/410, 460/420, 470/430, 480/440, 490/450, 500/460, 510/470, 520/480, 530/490, 540/500, 550/510, 560/520, 570/530, 580/540, 590/550, 600/560, 610/570, 620/580, 630/590, 640/600, 650/610, 660/620, 670/630, 680/640, 690/650, 700/660, 710/670, 720/680, 730/690, 740/700, 750/710, 760/720, 770/730, 780/740, 790/750, 800/760, 810/770, 820/780, 830/790, 840/800, 850/810, 860/820, 870/830, 880/840, 890/850, 900/860, 910/870, 920/880, 930/890, 940/900, 950/910, 960/920, 970/930, 980/940, 990/950, 1000/960				Eletrcardiograma			
Ap. digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. urinário			
Estado mental		Alarácicos	Corticóides	Alergia		Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico		Risco	
Anestésias anteriores				Aplicada às		Efeito	
Medicação pré-anestésica							

[illegible]

SÍMBOLOS	1230 3	5	ORIGINAL
E			hedebera
ANOTAÇÕES	4		207333
POSICÃO			
Agentes	Selo 2% APR. 35 ml.		
Técnica	Bloq. plexo. 100g parrucado central A. 25x7 1/2 mm		
Operação	Dr. Roberto Nogueira 09/09		
Cirurgiões	Dr. de Chant e equipe		
Anestesiistas	Dr. Renteria Claudio		
Observações	Perda sanguínea		
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias			

Paciente : DANILO BARBOSA GUIMARÃES, 27
Convênio : PARTICULAR
Médico : Dr(a).IVONÉZIO QUEIROZ DE SOUZA
Protocolo: 19632

RG:
Unidade.: CENTRAL
Cadastro: 08/03/2018 07:14h
Emissão : 10/03/2018 07:18h

CREATININA

Data da Coleta: 08/03/2018


Resultado.....: **0,73 mg/dL**
MÉTODO: Enzimático Trinder
Valor de referência: 0,53 a 1,2 mg/dL

128.88 mL/min/1,73 m²

RITMO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR:

V.R.: Adulto maior que 18 anos: > 60 mL/min/1,73 m²

De acordo com as recomendações da SBN (Sociedade Brasileira de Nefrologia) e do NKDEP (National Kidney Disease Education Program) estamos fornecendo o valor do eRFG (Ritmo de Filtração Glomerular Estimada) pela fórmula do estudo MDRD (Modificação da Dieta em Doenças Renais), para maiores de 18 anos. Valores inferiores a 60 mL/min/1,73 m² podem ser sugestivos de doença renal crônica. Para pacientes com idade inferior a 18 anos o eRFG não tem significado clínico.



Dr. Junio Alexandre de Aquino
Farmacêutico Bioquímico
CRF/RN. 2773



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do Beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

073.726.534-09

Daniela Barbosa Guimarães

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Daniela Barbosa Guimarães		CPF titular da conta 073.726.534-09		Profissão
Endereço Rua Maria Leonor da Silva Fernandes		Número 4	Complemento Coba	
Bairro Centro	Cidade São Miguel	Estado RN	CEP 59920-00	
Email bogersfrachucacia@gmail.com			Telefone (DDD) (84) 99645.4958	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRCL	D/V	CONTA NRCL	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome		NRCL	
AGÊNCIA NRCL	D/V	CONTA NRCL	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

São Miguel/RN 15 de maio de 2018
Local e Data

Daniela Barbosa Guimarães
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Gov^o do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL

Endereço: Rua Maria Leodona, S/N, Centro, SÃO MIGUEL

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018128000201

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 10/05/2018 09:48:19

1.4 Ligou CLOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 05/03/2018 02:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Rural

2.8 Número: 000

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN-177

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência: EM CIMA DA PORTE PROXIMO A CIDADE DE CEL

2.13 Cidade: CORONEL JOÃO PESSOA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: DANILO BARBOSA GRIMARÃES

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Branca

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 07372651409

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: CARPITEIRO

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 1460

3.19 Bairro: CENTRO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: SÃO MIGUEL

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: ANTONIO NEVES GRIMARÃES

3.8 Mãe: JOSEFA BARBOSA DE LIMA

3.6 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 01/12/1990

3.14 RG: 546829806 - SSP/SP

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: SÃO MIGUEL/RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: MARIA LEODONIA

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 INCLUIDOS ACUSADOS)

5. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

5.1.1 Nome Completo: EDCARLOS DA SILVA QUEIROZ

5.1.2 Nome Social:

5.1.4 Etnia: Branca

5.1.6 Mãe: MARIA MARTA DA SILVA QUEIROZ

5.1.8 Sexo: MASCULINO

5.1.10 CPF: 12412683476

5.1.12 Nacionalidade:

5.1.14 Passaporte:

5.1.16 Logradouro: VER. LUIZ CHICO

5.1.17 Número: 9932

5.1.19 Bairro: ALTO DE SANTA TEREZA

5.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

5.2.1 Nome Completo: JOSE RODRIGUES DE ARAUJO

5.2.2 Nome Social:

5.2.4 Etnia: Branca

5.2.6 Mãe: RAJMUNDA MARIA DE ARAUJO

5.2.8 Sexo: MASCULINO

5.2.10 CPF: 11068602414

5.2.12 Nacionalidade:

5.2.14 Passaporte:

5.2.16 Logradouro: MARCO LEAL

5.2.17 Número: 498

5.2.19 Bairro: ALTO DE SANTA TEREZA

5.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

5.1.3 Estado civil: Solteiro(a)

5.1.5 Identidade de Gênero:

5.1.7 Orientação Sexual:

5.1.9 Pai: Branca

5.1.11 Data de Nascimento: 24/11/1993

5.1.13 RG: 002784928

5.1.15 Profissão: ESTUDANTE

5.1.18 CEP:

5.1.20 Cidade: SÃO MIGUEL

5.2.3 Estado civil: Solteiro(a)

5.2.5 Identidade de Gênero:

5.2.7 Orientação Sexual:

5.2.9 Pai: Branca

5.2.11 Data de Nascimento: 31/03/1969

5.2.13 RG: 4183809

5.2.15 Profissão: AGRICULTOR

5.2.18 CEP:

5.2.20 Cidade: SÃO MIGUEL

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi:

7.1.5 Placa: PMY2050

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2014

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: ADJAIR BARBOSA GUIMARAES DE SOUSA

7.1.17 Nome do condutor: DANILO BARBOSA GRIMARÃES

7.1.18 Observações: CONDUTOR NÃO POSSUI CNH

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: POP100

7.1.10 Ano de Fabricação: 2014

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

Ramundo Edison R. Mendes
Agente de Polícia
Mat. 195.680-9

APUANA SEGUROS
15 MAI 2018

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

8. DOS FATOS

8.1 Histórico

O DECLARANTE VEIO ATE A ESSA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL NA DATA, DIA E HORA SUPRACITADA PARA COMUNICAR QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE O DECLARANTE TRAFEGAVA NA SUA MOTOCICLETA NA RN-177, PRECISAMENTE EM CIMA DA PORTE, NO MUNICÍPIO DE CEL JOÃO PESSOA/RN QUANDO O MESMO BATEU NO ANIMAL, TIPO PORCO, QUE ESTAVA NO MEIO DA PISTA DE ROLAMENTO, QUE COM ESSA BATIDA O DECLARANTE VEIO A CAÍ AO SOLO; QUE O DECLARANTE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA CIDADE DE SÃO MIGUEL/RN- HOSPITAL MUNICIPAL AUREA MAIA DE FIGUEIREDO - QUE FOI ATENDIDO NA DATA DE 05/03/2018, QUE TEVE COMO SEU ATENDENTE A MEDICO FRANCISCO UATIAN O.

Protocolo: J2018128000201 - Código de autenticação: a33be1535f35d71381b4f00fd05732

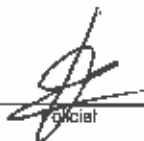
9.2 Informações do CIOSP

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 10/05/2018 09:48:19



Oficial



Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1956809 - RAIMUNDO EDSON RODRIGUES MARINHEIRO

Impresso por: 1956809 - RAIMUNDO EDSON RODRIGUES MARINHEIRO em 10/05/2018 09:51:36

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

T (STEM u h)

+ Edeartes do silva Aveiro

+ Jose Rodrigues de Azevedo

