



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RR Nº 013161050451  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
01 00145167488 2019

ANTONIO LIMA MOREIRA

CPF / CNPJ

PLACA

182.882.378-35

MAZ9485

PLACA ANT. / UF

CHASSI

BC2JC41209R073407

ESPECIE TIPO

COMBUSTÍVEL

EAS/MOTOCICLETA/MARCA AFELIC

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB. ANO MOD.

CAP / POT / CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2P/0124CC/

FARTICU

AZUL

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

1ª VENC. / COTAS

1ª PAGA

2ª PAGA

3ª PAGA

V FAIXA LEVA

PARCELAMENTO / COTAS

3ª PAGA

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$0.32 R\$84.58

DATA DE PAGAMENTO

14/06/2019

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO. PROIB BAIR DA A  
MAZ OCID \*

ALIO ALEGRE RR

19/06/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE. OU POR SUA CARGA. A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013161050451 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O VERSO  
182.882.378-35 CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2019 18/06/2019

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

182.882.378-35

MAZ9485

RENAVAM

MARCA / MODELO

00145167488

HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB.

CAT. TARIF.

NO CHASSI

2009

9C2JC41209R073407

PRÊMIO TARIFÁRIO

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$34.05

R\$4.01

R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL SEM PREÇO SEGURO (R\$)

R\$4.15

R\$0.32

R\$84.58

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

NOV / 2016

| PREFEITURA MUNICIPAL DO ALTO ALEGRE<br>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE<br>SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FICHA DE ATENDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| INIDADE: BRAVO ALTO ALEGRE                                                                                                                                                                                                                                                                                           | EQUIPE: <u>Tec. Maurício e Cond. Daniel</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Acidente: <u>Antônio Lima Moura</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Idade: <u>55</u> Sexo: <u>M</u> F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Nacionalidade: <u>Brasileira</u> Raça: <u>Branca</u> Neg <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> <u>Não</u>                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Endereço: <u>Rua Nova Vida</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Fonte de referência:                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Nº da Ocorrência: <u>5783</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DATA: <u>04/04/2020</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Médico (a) Regulador (a): <u>Dr. Luis</u>                                                                                                                                                                                                                                                                            | HORA DO ACIONAMENTO: <u>21:57</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR <input type="checkbox"/> APOIO <input type="checkbox"/> OUTROS                                                                                       | HORA CHEGADA NO LOCAL (J10): <u>22:00</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| MECANISMO DE TRAUMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>AUTOMÓVEL</b><br><input type="checkbox"/> Atropelamento<br><input type="checkbox"/> Capotamento<br><input checked="" type="checkbox"/> Colisão X <u>Carro e moto</u><br><input type="checkbox"/> Motorista<br><input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro<br><input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro       | <b>AUTOMÓVEL</b><br><input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br><input type="checkbox"/> Vítima projetada<br><input type="checkbox"/> Vítima encarcerada<br><input type="checkbox"/> Air Bag<br><b>MOTO/BICICLETA</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Acidente com moto X <u>Carro</u><br><input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Com capacete<br><input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Sem capacete<br><input type="checkbox"/> queda de Bicicleta <input type="checkbox"/> condutor <input type="checkbox"/> passageiro |
| <b>VIOLENCIA</b><br><input type="checkbox"/> Agressão Física<br><input type="checkbox"/> Espancamento<br><input type="checkbox"/> FAB<br><input type="checkbox"/> FAF<br><input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio<br><input type="checkbox"/> Violência Doméstica<br><input type="checkbox"/> Violência Sexual | <b>OUTROS</b><br><input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho<br><input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto<br><input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.:<br><input type="checkbox"/> Acidente Doméstica<br><input type="checkbox"/> Queimadura Agente<br><input type="checkbox"/> Agressão p/ anim<br><input type="checkbox"/> Outros:                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| AVALIAÇÃO INICIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Vias Aéreas</b><br><input type="checkbox"/> Apnéia<br><input type="checkbox"/> Bradipnéia<br><input type="checkbox"/> Dispnéia<br><input type="checkbox"/> Eupnéia<br><input type="checkbox"/> Obstruída<br><input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa<br><input type="checkbox"/> Taquipnéia                         | <b>Ventilação</b><br><input type="checkbox"/> Abolida<br><input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa<br><input type="checkbox"/> Hipertimpanismo<br><input type="checkbox"/> M.V. Ausente<br><input type="checkbox"/> M.V. Diminuído<br><input type="checkbox"/> Maciez                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Circulação</b><br><input type="checkbox"/> Arritmico<br><input type="checkbox"/> Ausente<br><input type="checkbox"/> Bradicardia<br><input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s<br><input type="checkbox"/> Taquicardia                                                                                      | <b>Aval. Neurológica</b><br><input type="checkbox"/> AVDN<br><input type="checkbox"/> DNV<br><input type="checkbox"/> Miose<br><input type="checkbox"/> Midríase<br><input type="checkbox"/> Anisocoria<br><input type="checkbox"/> Alcoolizado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| SINAIS VITAIS E ESCORES                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Hora: <u>22:00</u> P.A mm/hg: <u>160/100</u> F.C bpm: <u>115</u> F.R Mpm: <u>-</u> Sat O <sub>2</sub> %: <u>99</u> Temp.: <u>-</u> °C<br>Esc. visual anal. EVA "DOR": <u>-</u> Glicemia: <u>-</u> APGAR: <u>-</u>                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Pele</b><br><input type="checkbox"/> Cianótica<br><input checked="" type="checkbox"/> Corada<br><input type="checkbox"/> Fria<br><input type="checkbox"/> Pálida<br><input type="checkbox"/> Quente<br><input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca                                               | <b>Cabeça</b><br><input type="checkbox"/> Afundamento<br><input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriação<br><input type="checkbox"/> Fer. Penetrante<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Laceração                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Face</b><br><input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerações<br><input type="checkbox"/> Ferimento ocular                                                                                                                                         | <b>Pescoço</b><br><input type="checkbox"/> Desvio da traquéia<br><input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Lacerações                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Tórax</b><br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerações<br><input type="checkbox"/> Resp. paradoxal<br><input type="checkbox"/> Tamponamento<br><input type="checkbox"/> Tórax instável                                                                                          | <b>Abdome</b><br><input type="checkbox"/> Distendido<br><input type="checkbox"/> Doloroso<br><input type="checkbox"/> Em tábua<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Evisceração<br><input type="checkbox"/> Lacerações                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Membros</b><br><input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerações<br><input type="checkbox"/> Luxações                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Fratura<br><input type="checkbox"/> Amputação<br><input type="checkbox"/> Esmagamento<br><input type="checkbox"/> Avulsão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>AVALIAÇÃO CARDÍACA</b><br><input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal<br><input type="checkbox"/> Taquicardia<br><input type="checkbox"/> Bradicardia<br><input type="checkbox"/> Fítiler                                                                                                                              | <b>AFEÇÃO CLÍNICA</b><br><input type="checkbox"/> Cardiovascular<br><input type="checkbox"/> Metabólica<br><input type="checkbox"/> Neurológica<br><input type="checkbox"/> Psiquiátrica<br><input type="checkbox"/> Respiratória                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>HISTÓRIA PEGRESSA</b><br><input type="checkbox"/> Alergias<br><input type="checkbox"/> Cardiopatia<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> HAS<br><input type="checkbox"/> Sequela AVC                                                                                                   | <b>Medicações em uso</b><br><input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>GRAVIDADE COMPROVADA</b><br><input checked="" type="checkbox"/> ILESO <input checked="" type="checkbox"/> PEQUENA <input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> INDETERMINADA                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>INCIDENTE</b><br><input type="checkbox"/> Cancelamento<br><input type="checkbox"/> Não se encontrava no local<br><input type="checkbox"/> Trote                                                                                                                                                                   | <b>MULTIPLS MEIOS ACIONADOS</b><br><input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal<br><input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro<br><input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> DETRAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>RCP</b><br><input type="checkbox"/> Iniciada as: <u>-</u> : <u>-</u> : <u>-</u> <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP Não realizado<br><input type="checkbox"/> Término as: <u>-</u> : <u>-</u> : <u>-</u> <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso OBS:                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>DESTINO</b><br><input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Grande Trauma - GT<br><input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - PAAR <input type="checkbox"/> Hosp. Coronel Mota - HCM                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA<br><input type="checkbox"/> HMINSN <input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR<br><input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Irja - HLI<br><input checked="" type="checkbox"/> Outros <u>HENL</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |



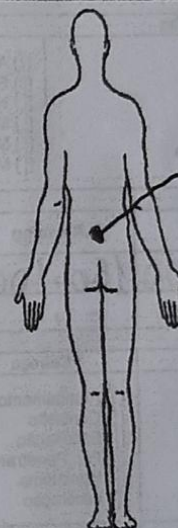
PREFEITURA MUNICIPAL DO ALTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



|                      |                                                                                                                                |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PERTENCE DO PACIENTE | Descrição:                                                                                                                     |
|                      | Nome do Receptor:                                                                                                              |
|                      | Função do Receptor:                                                                                                            |
|                      | Assinatura do Receptor:                                                                                                        |
| TERMO DE RECUSA      | Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: |
|                      | Assinatura do Paciente: _____ RG: _____                                                                                        |

|                                                                                               |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>GESTANTE</b>                                                                               | <b>MATERIAL E MEDICAÇÃO</b> |
| IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____                                                  |                             |
| Perda de líquido: _____ BCF: _____                                                            |                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Com cartão <input checked="" type="checkbox"/> Sem cartão |                             |

|                               |                               |          |
|-------------------------------|-------------------------------|----------|
| 1. Abertura Ocular (O):       | Espontânea                    | 4 pontos |
|                               | Estímulo verbal               | 3 pontos |
|                               | Estímulo doloroso             | 2 pontos |
|                               | Sem resposta                  | 1 ponto  |
| 2. Melhor Resposta Motora (M) | Obedece a comandos            | 6 pontos |
|                               | Localiza dor                  | 5 pontos |
|                               | Flexão normal (retirada)      | 4 pontos |
|                               | Flexão anormal (decorticação) | 3 pontos |
|                               | Extensão (descerebração)      | 2 pontos |
|                               | Sem resposta (flacidez)       | 1 ponto  |
| 3. Resposta Verbal (V)        | Orientado                     | 5 pontos |
|                               | Confuso                       | 4 pontos |
|                               | Palavras inapropriadas        | 3 pontos |
|                               | Sons incompreensíveis         | 2 pontos |
|                               | Sem resposta                  | 1 ponto  |



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

As 21:55 um popular veio afirmar ter um acidente na avenida Belizante próximo a faculdade, ligamos para central para pedir localização para ocorrência, chegando ao local da acidente estava o senhor Antonio Lima Moura, que estava com sinais vitais: PA:160.100, FC:115, Sat: 99, o paciente estava se queixando de dor na coluna lombar onde estava com enchaves. Entramos com o paciente para o HUK fixando os cuidados do Dr. Onelio.

Maurício Oliveira Alves  
Téc. Enfermagem  
COREN-PR 001.280.239

# GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

|                                                                        |  |                                                                     |    |      |                                                            |     |                    |                                                        |  |  |
|------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|----|------|------------------------------------------------------------|-----|--------------------|--------------------------------------------------------|--|--|
| 01                                                                     |  | DATA DO ATENDIMENTO                                                 |    | DIA  | MÊS                                                        | ANO | HORA               | Nº DO REGISTRO                                         |  |  |
| SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |  | 04                                                                  | 04 | 2020 | 22                                                         | :10 |                    |                                                        |  |  |
| NOME                                                                   |  | Antonio Luis Moreira                                                |    |      | DATA DE NASCIMENTO                                         |     | DIA                | MÊS                                                    |  |  |
| CNS                                                                    |  | 402603225023340                                                     |    |      | 201                                                        |     | 04                 | ANO                                                    |  |  |
| OCUPAÇÃO                                                               |  | 222                                                                 |    |      | 222                                                        |     | 1965               |                                                        |  |  |
| RAÇA/COR                                                               |  | BRANCA ( ) PRETA ( ) AMARELA ( ) PARD ( ) INDIGENA ( ) IGNORADO ( ) |    |      | NACIONALIDADE                                              |     | BRASILEIRO         |                                                        |  |  |
| ENDEREÇO:                                                              |  | RUA: NOVA VIDA                                                      |    |      | Nº                                                         |     | COMPLEMENTO:       |                                                        |  |  |
| BAIRRO:                                                                |  | CENTRO                                                              |    |      | MUNICÍPIO:                                                 |     | AUXILIO            |                                                        |  |  |
| MÃE:                                                                   |  | MARIA LIMA MOREIRA                                                  |    |      | PAI:                                                       |     | MARIA LIMA MOREIRA |                                                        |  |  |
| HIPERTENSO:                                                            |  | PA 170 x 100                                                        |    |      | DIABÉTICO                                                  |     | ( ) SIM ( ) NÃO    |                                                        |  |  |
| ( ) SIM ( ) NÃO                                                        |  | ( ) SIM ( ) NÃO                                                     |    |      | DEXTRO mg/dl                                               |     | TAX °C             |                                                        |  |  |
| 02 DO ACIDENTE                                                         |  | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA                                 |    |      | <input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA                       |     |                    | <input type="checkbox"/> TRABALHO                      |  |  |
| <input type="checkbox"/> TRÂNSITO                                      |  | <input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER)                         |    |      | 03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA                                |     |                    | <input type="checkbox"/> TRANSPORTADO                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> DE AMBULÂNCIA                                 |  | <input type="checkbox"/> REMOVIDO                                   |    |      | <input type="checkbox"/> MEIOS PRÓPRIOS                    |     |                    | <input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER)            |  |  |
| 04 TIPO DE ACIDENTE                                                    |  | <input type="checkbox"/> TRAUMÁTICO                                 |    |      | <input type="checkbox"/> QUEIMADURA                        |     |                    | <input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO                 |  |  |
| <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO                               |  | <input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER)                         |    |      | OUTROS (DESCREVER)                                         |     |                    | φ Alérgico                                             |  |  |
| 05 SE ACIDENTE DE TRABALHO ESPECIFICAR                                 |  | PROFISSÃO:                                                          |    |      | DIA                                                        |     |                    | MÊS                                                    |  |  |
| 04                                                                     |  | 04                                                                  |    |      | 2020                                                       |     |                    | 22:11                                                  |  |  |
| OBSERVAÇÕES:                                                           |  |                                                                     |    |      | 06 DOENÇA OCUPACIONAL                                      |     |                    | <input type="checkbox"/> SIM                           |  |  |
| <input type="checkbox"/> NÃO                                           |  | <input type="checkbox"/> QUAL? ESPECIFICAR                          |    |      | 07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA                  |     |                    | ESPECIALIDADE:                                         |  |  |
| Traumatismo na região sacra e pm                                       |  | RESUMO CLÍNICO:                                                     |    |      | Exames na região lumbosacral - clínt.                      |     |                    | EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO) |  |  |
| Resultados de outras unidades (RESULTADO NO VERSO)                     |  | DIAGNÓSTICO:                                                        |    |      | Traumatismo                                                |     |                    | PROVÁVEL                                               |  |  |
| DEFINITIVO                                                             |  | 08 DO PACIENTE                                                      |    |      | REMOVIDO PARA:                                             |     |                    | INTERNADO NO (A):                                      |  |  |
| ALTA <input type="checkbox"/>                                          |  | RESIDÊNCIA COM INSTRUMENTAÇÃO <input type="checkbox"/>              |    |      | AFASTADO POR ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> |     |                    | QUANTOS DIAS <input type="checkbox"/>                  |  |  |
| RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                             |  | CARIMBO E ASSINATURA                                                |    |      | Dr. Onelio Marin Bruzos                                    |     |                    | CRM-RR 1842                                            |  |  |
| DATA                                                                   |  | DIA                                                                 |    |      | MÊS                                                        |     |                    | ANO                                                    |  |  |
| HORA                                                                   |  |                                                                     |    |      |                                                            |     |                    |                                                        |  |  |





PF



ANTONIO LIMA MOREIRA .  
20-04-1965

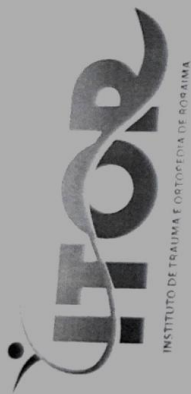
06-04-2020

127,3 %

Av. Nossa Senhora da Consolata, 930, Centro  
Telefone: (95)3224-1652



<https://clinic7.fegow.com.br/v7/Receituário.asp?PrescricaoID=13716>



## RECEITUÁRIO

Paciente ANTONIO LIMA MOREIRA  
Idade 54 anos, 11 meses, 17 dias  
Data segunda-feira, 6 de abril de 2020

ENCAMINHO O PACIENTE SUPRACITADO AO SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA COM URGÊNCIA  
INDICAÇÃO FRATURA TRANSVERSA DO SACRO COM DESVIO.

Dr. Rafael Hara  
1º TENENTE  
CRM-RR 2107

Dr. Rafael Hara  
CRM 2107-RR

Responsável Técnico: Dr. Vitor Parada Santiago CRM 1635 - RR - RQE-810

Av. Nossa Senhora da Consolida - 930 - Centro - Cep: 69301-011 - Fones: (95) 3224-1652 / (95) 98111-3636

Email: Admin@clinicator.com.br

06/04/2020 12:07

1 of 1

