

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: 20/02/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS MACIEL DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00806

CONTA: 000000074844-0

Nr. da Autenticação 079123368E2894B1

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170057554 **Cidade:** Santa Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS MACIEL DE ARAUJO **Data do acidente:** 13/10/2016 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico com edema cerebral difuso, compressão dos lobos frontais, hematoma extradural suboccipital esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: deficit funcional moderado do sistema nervoso central

Resultados terapêuticos: Realizado craniotomia descompressiva extensa frontal bilateral.
Alta em janeiro de 2017 Evoluiu com diminuição da capacidade cognitiva com déficit de atenção e deficit de memória e Falha óssea extensa na região frontal e anosmia

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/02/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR

Médico examinador: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

CRM do médico: 3940

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

CRM do médico: 52.49515-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170057554 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **MARCOS MACIEL DE ARAUJO**
Endereço do(a) Examinado(a): **SI SERRA DA TAPUIA nº 30 - AREA RURAL - SITIO NOVO/RN**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3419530 - SSP**
Data local do exame: **09/02/2017 NATAL/RN**

Resultado da Avaliação Médica

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

Traumatismo crânio encefálico com edema cerebral difuso, compressão dos lobos frontais, hematoma extradural suboccipital esquerdo.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

Realizado craniotomia descompressiva extensa frontal bilateral.

Alta em janeiro de 2017 Evoluiu com diminuição da capacidade cognitiva com déficit de atenção e déficit de memória e Falha óssea extensa na região frontal e anosmia

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

deficit funcional moderado do sistema nervoso central

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - NATAL, 09/02/2017

Médico Perito: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO CRM:3940/RN


Dr. Justino Nobrega
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Quadril
CRM 3940 - RN



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE **MARCOS MACIEL DE ARAUJO**
DATA DE **13/10/2016** HORA **04:09** Nº BAA **211651**

ENTRADA

IDADE **21** SEXO **M** ETNIA **Pardo**
CARTÃO SUS **704602616428522** ESTADO **-**

CIVIL **-**

CPF **018.041.404-65** RG **3419530 - SSP**

NOME DA MÃE **VIRGINIA RODRIGUES DE ARAUJO**

NOME DO PAI **DENAUDO ROGERIO DE ARAUJO**

NASCIMENTO **10/10/1995**

TELEFONE **(84) 3252-0098**

RUA/AV. **DA GUADRA Nº SN**

COMPLEMENTO **-**

CEP **59440-000**

ORIGEM **Ambulância - SAMU** MOTIVO

Acidente de Trânsito / Colisão moto com muro

ACID. DE TRABALHO **Não** USUÁRIO **Tinoco**

BAIRRO **Centro**

CIDADE **Sítio Novo-RS**

PROTOCOLO
RECEBIDO

24 JAN 2017

TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEG

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente sofreu queda de moto com TCE, sem capacete, apresentou rebatamento do nível de consciência, foi entubado, apresenta ventilação espontânea. Apresenta lesão contusa em fronte. Sem sinais de lesão em tórax ou abdome.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VA pérvia, cervical mobilizada
B MVA, simétrica - Tórax estável.
C RCR, 2T, BNF. HD - estável.
D Glasgow 3T, feito sedação após convulsão. Apresenta
E lesão contusa em fronte.

OUTRAS OBSERVAÇÕES

ABD = plano, flácido.

Apresenta

epistaxe
CONF. DE C. 23/11/16
1520873

TOMOCRAFIA/HMWG

Data: **13/10/16** Hora: **4:22**

Técnico: **Phygo**

Exame: **Crânio/CC/PCE/LL/ADV**

Médico: **SMBC**

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOOR	TEMP. ASSINATURA	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

Poli-traumatizado

TOMOCRAFIA/HMWG

Data: **24/10/16** Hora: **12:20**

Técnico: **Vanda/Gerson**

Exame: **Crânio**

Gabriela

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): Nega.M (MEDICAÇÃO EM USO): Nega.

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL): Não sabe.

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

TC de crânio, cervical, fêmur, tórax, abdome.LEONARDO COSTA CARTAXO
1º Ten Médico
CRM/RN 6753

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

① TC - Presença de pneumomediastino.② Alto da cirurgia geralLEONARDO COSTA CARTAXO
1º Ten Médico
CRM/RN 6753

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

NCR

HORA:

DATA:

13/10/16

ESPECIALISTA 2:

BMF

HORA:

DATA:

13/10/16

ESPECIALISTA 3:

Cirurgia

HORA:

6:30

DATA:

13/10/16

MÉDICO (CARIMBO)

AN. 01/01/2016

paciente 21A, número de RCE / nota / Semi-espécies.
 Recebido pelo SAMU.
 SUL = 6T (AO = 1 ANU = 15 MAR = 4)

EXAME FÍSICO

Supra, infra, ... (unintelligible)

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

RCE Grave!

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

rebreu = Confusão byrontal / Edema cerebral dyso / Apogimento de
 sulco e giro / Apogimento de confusão bases / AED subcortical (E).

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Rebreu e/T/L = Anomalia de postura de tuxado murmurica.

Ed. Infusão planar

Sulco transverso incompleto byrontal. + Hx AED subcortical (E).

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Infusão

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

Nen

DATA: 15/01/2016

HORA: 04:40h.

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐

PROTOCOLO RECEBIDO

24 JAN 2017

TERRA DO SOL AUM.
E CORRETORA DE SEC

Médico (Carimbo)

Rhous Ferreira Arruda
 Neurocirurgia
 CRM/RN 7236

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. ☐



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE Manoel Marcos de Araújo	6 - Nº DO PROTOCOLO					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)						
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente chegou pelo SAMU, sem NOVO / Sem Cefaleia, Glic = 65 (A0 = 1 mm = 15 mm = 4), Pupila mióticas.	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Risco de Vida + Idoso			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Reconstrução = Contorno Sigmoidal / Edema Central de Gure / HED Sigmoidal	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL PNE GRAVE	21 - CID INICIAL G93.6 / S06.2	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Intubação pela NAR	25 - LEITO / CLÍNICA NAR	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO CONFERE COM ORIGINAL NAT. Nº. 23/11/16 MAT. Nº. 182	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE HIVS Ferreira Arruda Neurocirurgião CRM 7238	28 - DT SOLICITAÇÃO 13/10/16	29 - DT SOLICITAÇÃO	30 - CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 040301002-0							

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS	
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -	
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO				
41 - CID PRINCIPAL				
42 - CID SECUNDÁRIO				
		43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

PROTOCOLADO
RECEBIDO
24 JAN 2017
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SE

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clávis Sarinho

ADMISSÃO MÉDICA

UTI

Identificação

Data: 13/10/2016

Nome: MARCOS MACIEL DE ARAÚJO

Registro: 1131793

Leito: 701 Idade: 21 Data de Nasc.: 10/10/1985 Sexo: () M () F Data da Internação Hospitalar: 17/10/16

Diagnóstico(s): TCE: contusão bifrontal, edema cerebral + feno + HED suboccipital. Peso: _____ Kg

Setor/Unidade de Procedência: () CC () CRO () PS Trauma () PS Clínico

() Enfermaria Qual? _____ () Outra Unidade Qual? _____

Motivo da Internação na UTI: PS neuromuscular e que VMT

Reinternação? () Não () Sim <48h? () Não () Sim

APACHE: _____

História Clínica

Doença grave de início, sem capote. Apresenta reboamento do nível de consciência.

TC mostrou: contusão bifrontal, HED suboccipital e edema cerebral difuso. TC de coluna vertebral normal.

Submetido a craniotomia frontal e craniotomia de feno posterior.

Colado ao CMO, sedado e sob VMT. Cuff 20 (feno - 20). Trocas o TOT (20)

Avaliação Sist. Neurológico

Abertura Ocular	Esontânea	4	Resposta Verbal	Orientado e conversando	5	Resposta Motora	Obedece comandos	6
	Ao comando verbal	3		Desorientado e conversando	4		Localização da dor	5
	A dor	2		Palavras inapropriadas	3		Flexão inespecífica (retirada)	4
	Ausente	1		Sons incomprensíveis	2		Flexão hipertônica (decorticação)	3
				Sem resposta	1		Extensão hipertônica (decerebração)	2
							Sem resposta	1

3 = _____ Não se aplica ()

TCE Grave: 3 a 8 () / TCE Moderado: 9 a 12 () / TCE Leve: 13 a 15 ()

Pupilas (descrição): mióticas

Rigidez de nuca: () Não () Sim

Descrição de déficit motor: _____

Obs.: _____

Avaliação Sist. Respiratório

() Ar Ambiente () Cat. Nasal O₂ _____ L/min () MV _____ x () VNI U_{del} SatO₂: 100 % FIO₂: 100 %

() TOT há _____ dias, nº _____ () TOT há _____ dias, nº _____ Freq. Respir.: 12 IRPM

Descrição do Exame Pulmonar: CV normal, sem alterações

Observações: _____

Gasometria	pH	PCO ₂	BE	FIO ₂	Dist. Ac./base:
(antes ou admissional)	PaO ₂	HCO ₃	P50	PaO ₂ /FIO ₂	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

REQUISIÇÃO DE PARECER

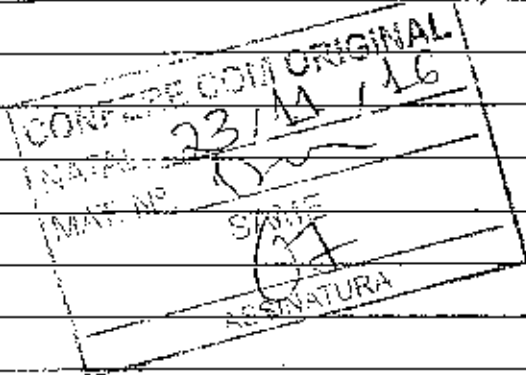
Nome: Marcos Marcel de Araújo Idade: 31 Nº Reg: 1137793
Serviço: Cirurgia geral Enf: 701 Leito: 701

AO SERVIÇO Cirurgia Torácica

MOTIVO DA CONSULTA - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Paciente apresentando pneumomediastino
na TC de Tórax.

Solicito avaliação e conduta.



LEONARDO COSTA CARTAXO
1º T. MÉDICO
CRM/RN 6753

Natal 13 de 10 de 2016

Médico que solicita o parecer

PARECER

Paciente 39 anos de idade
por motivo
VLD C/ TCE 2014, IOT.

TC Tórax C/ pequena pneumomediastino
sem comprometimento sistêmico de
vaso de tórax.

CD: Abscensão
Sugestão radiológica C/ re tórax

Dr. Eustácio Araújo
Otorrinolaringologista
Endoscopia Respiratória
CRM-RN 5811

Em 13 de 10 de 2016

Médico que emite o parecer



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome:

Marcelo Marcel Araújo

Idade:

Nº Reg:

Serviço:

Enfº

CKA

Leito:

701

AO SERVIÇO

Cirurgia Geral

MOTIVO DA CONSULTA

(Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Paciente com história de queda de
moto em EOT + VM, apresenta sangramento
abundante na esofago.

Natal

de

de 20

Médico que solicita o parecer

PARECER

Paciente apresentando quadro de hematemese
anexiada a queda de HB.

Exame: EOB, supneicos, hidroticos, hipocosticos

ABD: Placa glábrica indolor s/veas

Sem melena

Ad.: Omeprazol dose plena

Endoscopia Digestiva Alta

Gustavo T. S. Silva
CRM - RJ 15008

Em

de

de 20

Médico que emite o parecer



GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: 80 Leito: 309
Data de admissão: 13/10/16 Alta: _____
Nome: Marcos Haniel de Araújo Naturalidade: Santa Cruz
Idade: 21 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 10/10/95
RG: 3419530 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: _____
Filiação: Pai: Demétrio Rogério de Araújo
Mãe: Virgínia Rodrigues de Araújo
Endereço: Sítio Serra da Tapuia -
Cidade: Sítio Novo
Telefone: 98734-4867 () Residencial () Trabalho () Celular
Contato: Luciene (mãe) Outros telefones: _____
Composição familiar: Paciente reside c/ a mãe
Outras informações: Faz uso de ☒ Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Calceireiro Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública () Outros meios
☒ Encaminhado: Hospital de origem: Sítio Novo

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? CONFERE 23/11/16
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: _____
Parentesco: Luciene Rogério do S. Telefone: _____
Endereço do Responsável: _____

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família, internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente vítima de queda de moto. Recebeu visita de familiares no CDO, os quais foram orientados quanto as normas gerais e solicitados as cópias dos documentos. Encar. 25/09
Fam. visita ao leito. Pac. acompanhado por sua

Saída

Óbito: Encaminhamento: ITP () SVO () DO () Obs. _____
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

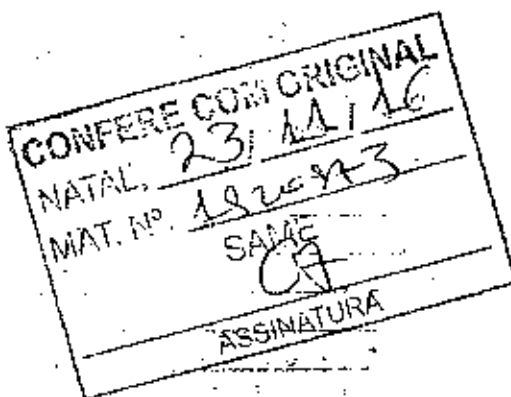
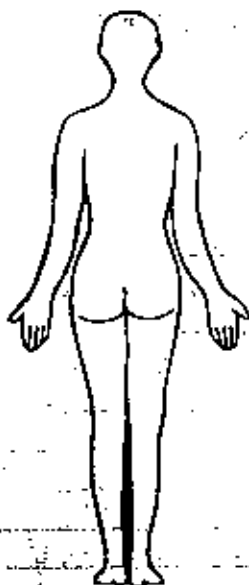
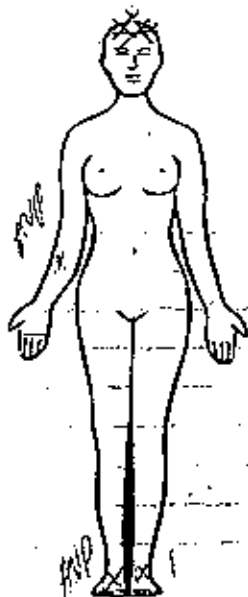


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: MARCOS MARILIN DE ARAÚJO
DATA DE NASCIMENTO: 10/10/1995 IDADE: 25
REGISTRO: 1132793
DATA DE ADMISSÃO: 13/10/16 HORA: 05:20
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: NEUROCIRURGIA
HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO () ACESSO CENTRAL ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: (X)
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE (X)
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO (X) TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO () HIPERTENSO: SIM () NÃO ()
DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS:
MEDICAÇÕES EM USO:
CIRURGIAS ANTERIORES:
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO:

ÁREA DE TRICOTOMIA: COURO CABEÇA HORA: 05:40
ÁREA DE PUNÇÃO: M. D. DELÍDIO HORA: 06:00
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



INSTRUMENTADO: GLEIDE
CIRCULANTE: JALTON
TIPO DE ANESTESIA: GERAL (X) RAQUI () PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS:
ANESTESISTA: DR ANTONIO JR
INÍCIO DE ANESTESIA: 05:20
TÉRMINO DE ANESTESIA:
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: CERTAZOLINA 2G
HORA: 06:00

INICIO DE CIRURGIA: 15 2³⁰ 10:30
CIRURGIÃO: Dr. Rivas
1º AUXILIAR: M. Emerson
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
TIPO DE CIRURGIA: Hematoma extradural de fossa posterior + craniotomia de fossa posterior esquerda

TÉRMINO DE CIRURGIA: 1º tempo 9:30 2º tempo 11:30
SONDAGEM VESICAL: SIM (x) P5 NÃO () Nº DA SONDA: 16
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (w) Nº DA SONDA:
EXAMES LABORATORIAIS: SIM (x) NÃO () RX: SIM () NÃO (x)
RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO () TIPO:
RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (x) TIPO:
ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO () FEITO FICHA: SIM () NÃO (x)
MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO () ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO (x)
FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (x)
DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (x)
COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (x) NÃO () QUANTIDADE: 60
GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO () QUANTIDADE: 100
CAIXA CIRÚRGICA: ~~claprotoma~~ + ~~neurologica~~ + ~~craniotomia~~
COMPLETA: SIM (x) NÃO () OBS:
ÓBITO: SIM () NÃO () HORA:
REALIZADO RCP: SIM () NÃO (x)
RESPONSÁVEL PELA RCP:
PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (x) UTI () ALTA ()
EM AR AMBIENTE: SIM () NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()
ENTUBADO: SIM (x) NÃO ()
PREENCHIDO AIH: SIM (x) NÃO ()
FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (x) NÃO ()
FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (x) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: 05:15 Paciente admitido no S.O. Monitorizado com oxímetro de pulso (99%), pressão arterial (98/60), PNE (40/44 cmH₂O), capnógrafo (29 ETCO₂) 400 Recibo sala com Curatela em curso.
08:20 desprezado 1600ml de diurese por clava. No término da primeira cirurgia, colocado paciente em decúbito ventral e realizado 2º procedimento. Procedimento realizado sem intercorrências. desprezado 1200ml de diurese.
Paciente encaminhado ao bloco entubado com curativo cirúrgico limpo. Crânio bem óseo, com chumaço posterior. SUP com diurese presente. IAVP em NSD e MID. vascularizando bem. Segue aos cuidados da enfermagem.
PA: 120/80
FC: 82
SpO2: 99%

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



IDENTIFICAÇÃO

Nome: MARCO MOIEL A. FRANCO Reg. Nº 1137793

Diagnóstico pré-operatório: Hernia abdominal e pene prostática

Indicação terapêutica: hormônio 1 por semana Urgência ☒ Eletiva ☐

INTERVENÇÃO

Data: 23/10/16 Início: 12:30h Término: 11:30h Duração:

Operador: EMERSON CRM/CRO: 4257

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador: Socorro

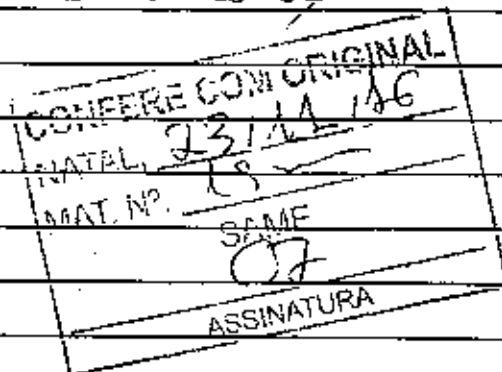
Anestesista: Silvestre CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Planta e desenhos verticais do crânio queimados com
desenhos verticais de cabeça para baixo na maxila superior e
inferior de 80,45 cm em linha média na região suboccipital
plata vertical pela a musculatura longitudinal de bipolos meli-
gidos pequena coarctação da pene posterior e 8 cm coarctação
de cerca de 1,5 cm de 80,5% pediculado por planos
de 10 cm 2 e pela a musculatura 3-0 e 10 cm de 10 cm

0403010276 (5)

I 621 (1273,36)



EMERSON
CRM 4257

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

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



IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Marcos Moisés de Araújo* Reg. Nº *1337793*Diagnóstico pré-operatório: *contusão cranial e edema*Indicação terapêutica: *craniectomia descompressiva* Urgência (☒) Eletiva (☐)

INTERVENÇÃO

Data: *13/10/16* Início: Término: Duração: *09:40h*Operador: *Ribeiro* CRM/CRO:1º Auxiliar: *Emerson* CRM/CRO: *4287*

2º Auxiliar: CRM/CRO:

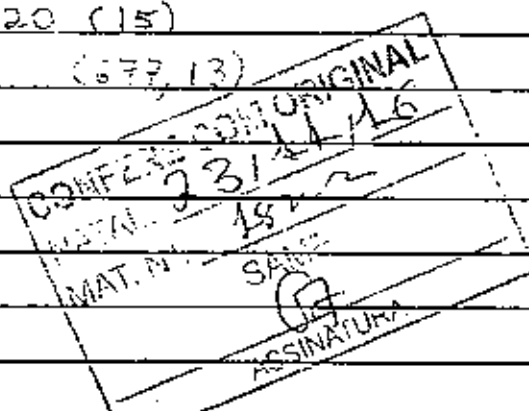
Instrumentador: *Scorvo*Anestesiologista: *Gilberto* CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral endovenosa e antissepsis de cloroendone. incisão bicoronal redonda craniectomia bíponto temporal unilateral abertura de um osso de densidade pequena e sem contusões ósseas hebra e/ou gipso, material craniológico e sequestramento do osso pontal desprostita e pericrânio e pele 4-0 absorvível por contra abertura de um ponto no 3.2 pontos de náilon 2-0 fechando do subcutâneo e 3-0 (nylon) e pele e náilon 3-0 costura de pele.

0403010020 (15)

I 816 (677,13)

RIBEIRO L.C. de
NEUROCIRURGIA
CRM/RN 1337793

Emerson

4287

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

Sítio Novo

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÍTIO NOVO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua ... Ferreira Lima, 25 - Centro - Sítio Novo/RN

CEP 59.440-000 - CNPJ: 09.160.759/0001-00



RECEITUÁRIO

Nome:

MARLOS MIGUEL DE ARAÚJO

MILENTES, 21 ANOS TCE
última de academia de
MOTO DOUGMANS no
DS com RA 130x80 +
sítio 981, TC: 800000.
GLASSGOW 8, Esquerda
Povo Fumaça - NOVO
DE RUAZ, 4060: Digna
Aguarda Instalação
POTERACUNA

Dr. Thiago P. Gomes

Med. G

CRM/RN 8265

13.10.16

CÂNCER DE MAMA, CUIDAR DA SUA SAÚDE É UM GESTO DE AMOR À VIDA

PROTOCOLO
RECEBIDO

24 JAN 2017

TERPAU S.A. S.A.
E CORRETORA DE SEG

ORIGINAL

16.11.15

17.

(7)

F

Handwritten signature inside a large oval.

PROCCOLO
RECEBIDO
24 JAN 2012
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORES DE SECC

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



Marcos Maciel de Araújo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.419.530 25.09.2012

MARCOS MACIEL DE ARAÚJO

Denauo Rogerio de Araujo

Virginie Rodrigues de Araujo

Santa Cruz/RN 10.10.1995

C/Nasc. 6.310 Liv. A-6 Fls. 219V

Cart. de Sítio Novo/RN

018.041.404-65

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/05/83



DOCUMENTO 6 T09L



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
SR002754720-08		SR002754720-08	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
1	782754651	VINIFIC	
NOVO ENDEREÇO			
JOSE CARLOS DE ARAUJO			
R JOSE SALUSTIANO DANTAS 91			
DNER			
59.200-000 SANTA CRUZ/RN			
096.9887704-17		096.9887704-17	
NOME ANTERIOR			
FRANCISCO RODRIGUES NETO			
PLACA DO VEICULO		PLACA DO VEICULO	
096.9887704-17		096.9887704-17	
ESPECIE TIPO			
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAUTICA/CAVELGASOLINA			
MARCA/MODELO		MARCA/MODELO	
HONDA XR-125		HONDA XR-125	
ANO FAB		ANO MOD	
2002		2002	
CATEGORIA		CATEGORIA	
12CV/124 CILINDRADAS		12CV/124 CILINDRADAS	
PARTICULAR		PARTICULAR	
COR PREDOMINANTE		COR PREDOMINANTE	
BRANCA		BRANCA	
OBSERVAÇÕES			
MOTOR 1017e12012247			
DATA			
01/12/2010			
SANTA CRUZ/RN			

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

24 JAN 2017

TERPA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS



PROCURAÇÃO PARTICULAR

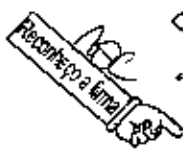
OUTORGANTE:

Nome: MARCOS MARCEL DE ARAÚJO, brasileiro(a),
 estado civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR portador(a) do RG
3.419.530, órgão expedidor STP e do CPF: 018.041.401-65 residente
 no(a) SÍTIO SEMA DE MARIA nº 30,
 bairro: ZONA RURAL, município: SÍTIO NOVO / RN

OUTORGADO:

Nome: JOSE CARLOS DE ARAÚJO, brasileiro(a)
 estado civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR portador(a) do RG
003705475, órgão expedidor STP e do CPF: 096.984.704-72 residente
 no(a) SÍTIO SEMA DE MARIA nº 30,
 bairro: ZONA RURAL, município: SÍTIO NOVO / RN

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as seguradoras referente ao **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**.

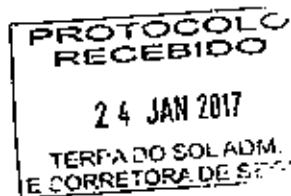


SÍTIO NOVO - RN, 12/01/17.

Local e Data

Marcos Marcel de Araújo

Assinatura do Outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)



Valido Somente com o Selo

SERVIÇO ÚNICO NOTARIAL E REGISTRAL DE SÍTIO NOVO/RN

Reconheço por autenticidade a firma de

MARCOS MARCEL DE

ARAÚJO

Sítio Novo/RN, 12/01/2017

Joseideg Diniz da Costa Carlos Frederico de Silva Maria
 Escrevente Autorizada Tabelião Público

Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10578837

A/C: MARCOS MACIEL DE ARAUJO

Sinistro: 3170057554 ASL-0034572/17
Vítima: MARCOS MACIEL DE ARAUJO
Data Acidente: 13/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE CARLOS DE ARAUJO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **MARCOS MACIEL DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 6.750,00**

Banco: **104**

Agência: **000000806**

Conta: **0000074844-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.750,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 =	R\$	6.750,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE P.

DOCUMENTO 1 "T19"



VAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Marcelo Matill de AraújoPORTADOR(A) DO RG Nº 3.449.530EXPEDIDO POR ITEPEM 25/09/12 E CPF

018041404 65 CNPJ

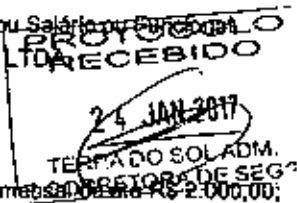
PROFISSÃO Recusou

E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcelo Matill de Araújo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Benefício;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0806 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 74.844-0

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

SITIO Novo, 12 de 01 de 2017

LOCAL E DATA

de 2017 Marcelo Matill de Araújo

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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: J2017079000160

1.2 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data e Hora do Fato: 28/10/2016 00:30:00

2.3 Fato: Conhecido

2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do Local: Rural

2.8 Número: 00

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIO E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (Pessoa Física)

3.1 Nome Completo: MARCOS MACIEL DE ARAÚJO

3.2 Estado: Santa Cruz

3.5 Mãe: VIRGINIA RODRIGUES DE ARAÚJO

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF:

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: CABELEIREIRO

3.15 Telefone(s): 84 987826805

3.17 Número: 30 AP-01

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

1.2 Data de Expedição: 21/01/2017 17:01:27

1.4 Ligar CIOSP: Não

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: Sítio Novo

2.8 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: TANGARÁ

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai:

3.6 Data de Nascimento: 10/10/1995

3.8 RG: 3419530

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: SANTA CRUZ/RN

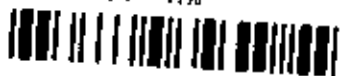
3.14 E-Mail:

3.16 Logradouro: SÍTIO SERRA DA TAPUIA

3.18 CEP:

3.20 Cidade: TANGARÁ

DOCUMENTO 1 "T196"



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: *****12247

7.1.5 Placa: HXE6034

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2002

7.1.11 Cor do veículo: BRANCA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: JOSÉ CARLOS DE ARAÚJO

7.1.17 Nome do condutor: MARCOS MACIEL DE ARAÚJO

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Estado:

7.1.8 Modelo: XLR 125

7.1.10 Ano de Fabricação: 2002

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a

Ocorrência:

PROTOCOLADO
RECEBIDO

24 JAN 2017

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEG.

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

8.1 DOS FATOS

8.1.1 Histórico

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA O COMUNICANTE VÍTIMA PARA NOS RELATAR QUE VINHA NA REFERIDA MOTOCICLETA ACIMA, NO SENTIDO DE SÍTIO NOVO AO SÍTIO SERRA DA TAPUIA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA COLIDINDO COM UMA CERCA DE ARAME FARPADEO, QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA AMBULANCIA DE SÍTIO NOVO ATÉ O HOSPITAL DE SÍTIO NOVO, QUE A VÍTIMA FOI TRANSFERIDA PELA SAMU ATÉ O HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL NA CIDADE DE NATAL/RN. NADA MAIS DISSSE.

8.2 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: 21/01/2017 17:01:27

APC Sebastião Judson da Silva
Policial 157355-1

Polícia Civil/RN
9ª DRP

APC/Sebastião Judson da Silva

Mat. 157.355-1

Atendimento: 1573551 - SEBASTIÃO JUDSON DA SILVA

Impresso por: 1573551 - SEBASTIÃO JUDSON DA SILVA em 21/01/2017 17:01:34

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Marcos Maciel de Araújo
Interessado



Polg. direito

ATENÇÃO: VER VERSO!
1º Ofício de Notas