



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 085ª CIRCUNSCRIÇÃO - JAQUEIRA - DP85ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0175000132**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/05/2020** às **09:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **9/2/2020** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO BENEDITO DO SUL, 01, BR 101 - Bairro: CENTRO - SAO BENEDITO DO SUL/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA JOSÉ IZIDIO DOS SANTOS (NOTICIANTE)
JOSÉ DEJAMILTON DE OLIVEIRA SANTOS (OUTRO)
GIVALDINO CERIACO DA SILVA LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GIVALDINO CERIACO DA SILVA LIMA**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

MARIA JOSÉ IZIDIO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: TEREZINHA MARIA IZIDORIO DA SILVA Pai: CICERO IZIDIO DOS SANTOS Data de Nascimento: 29/5/1985 Naturalidade: QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE JAQUEIRA, 28, RUA DA ESTAÇÃO - FREI CANECA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JAQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

GIVALDINO CERIACO DA SILVA LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: QUITERIA FILOMENA DA SILVA Pai: JOSÉ CERIACO DE LIMA Data de Nascimento: 6/11/1988 Naturalidade: QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE JAQUEIRA, 28, RUA DA ESTAÇÃO - FREI CANECA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JAQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSÉ DEJAMILTON DE OLIVEIRA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS 2007 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ DEJAMILTON DE OLIVEIRA SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GIVALDINO CERIACO DA SILVA LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **DYM5660** (RIO DE JANEIRO/RIO DE JANEIRO) Renavam: **924002018** Chassi: **9C2KC08107R196479**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS 2007**



Complemento / Observação

SEGUNDO A NOTICIANTE, É ESPOSA DA VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTO NO SENTIDO QUIPAPÁ X JAQUEIRA QUANDO, EM UMA CURVA, TERIA SE CHOCADO DE FRENTE COM UMA OUTRA MOTO. AINDA SEGUNDO A NOTICIANTE, APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA TERIA SIDO CONDUZIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE SÃO BENEDITO DO SUL, E DE LÁ TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, EM RECIFE, ONDE TERIA FICADO INTERNADO E SE SUBMETIDO A 04 CIRURGIAS NA PERNA DIREITA. DAÍ SUA VINDA A ESTA DP PARA COMUNICAÇÃO DO FATO. OBS: PROTUÁRIO N 5879668-HR.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

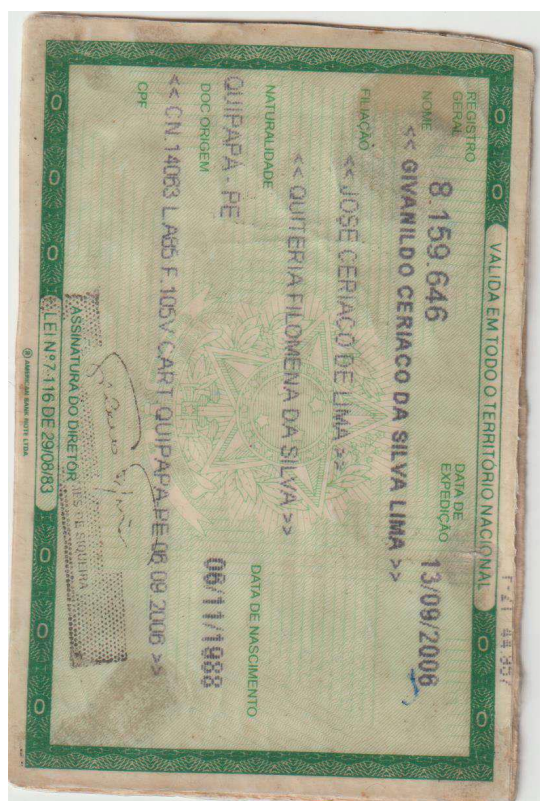
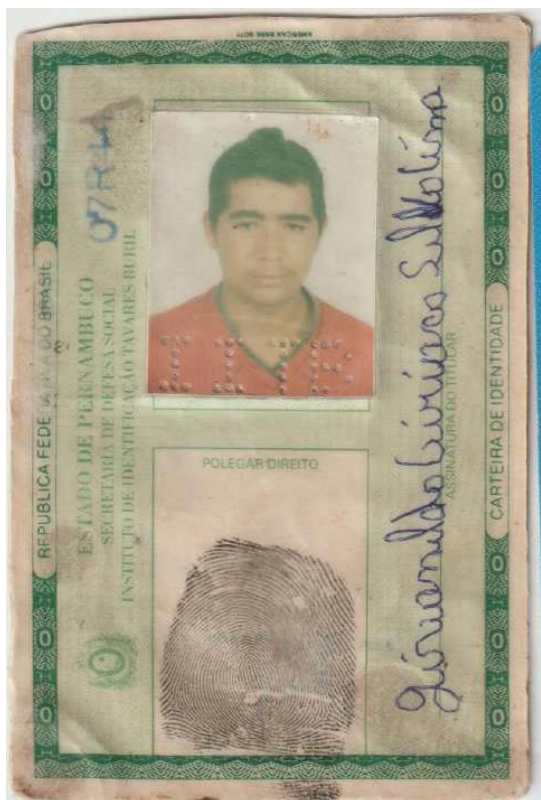
Maria José Izidio dos Santos
MARIA JOSÉ IZIDIO DOS SANTOS
(NOTICIANTE)

[Assinatura]

B.O. registrado por: **KARIM ALVES PIRES** - Matrícula: **221554-3**

Carismillo Geriaco da Silva Lima







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE - SES
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo : Pothyra Pascoal
Residente
CRM : Traumatologia / Ortopedia
End. : CREMEPE 29381
Cidade : _____ UF : _____
Telefone : _____

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente : Qivanildo Leriaco da Silva

Endereço : _____

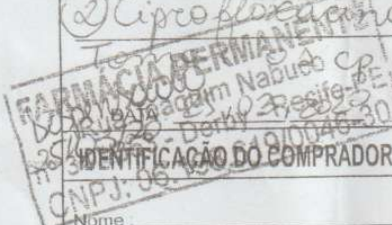
Uso Oral

Prescrição : ① Clindamicina 300mg — 28cp

Tomar 01 cp de 6/6h por 7 dias

② Ciprofloxacino 500mg — 14cp

Tomar 01 cp de 12/12h por 7 dias



ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

Pothyra Pascoal
Residente
Traumatologia / Ortopedia
CREMEPE 29381

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome : _____
Ident. : _____ Org. Emissor : _____
End. : _____
Cidade : _____ UF : _____
Telefone : _____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA : ____/____/____

Cod. 0039





Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Serviço de Traumato-Ortopedia



DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os devidos fins, que **GIVANILDO CERIACO DA SILVA**, sob o registro hospitalar **1712080** está internada nesta unidade hospitalar, desde o dia **09/02/2020**, para tratamento cirúrgico ortopédico com quadro de **FRATURA MEMBRO INFERIOR DIREITO**. Paciente sem previsão de alta hospitalar.

CID: S723

Data: 17 de março de 2020

Dr. Káio Magno C. A.
MÉDICO
CRM-P 7407

Médico – CRM



5879668 MP

04

**MATERNIDADE UNIDADE MISTA SANTA RITA**

SUS - Sistema Único de Saúde - Secretaria Municipal de Saúde

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data: 09/10/2020

Hora: 20:15

PACIENTE

C. SUS: _____

Fone: _____

Nome: Guilherme Serezo da Silva Lima Documento N° _____

Genitora: _____

Data Nas.: 1/1 Idade: 30Sexo: MCor: PauEndereço: A. Edson Lima Paulo

Bairro: _____ Ponto de Referência: _____

OCORRÊNCIA☒ Acidente de Trânsito☐ Outros Acidentes☐ Agressão☐ Intoxicação c/ Agrotóxicos☐ Acidente de Trabalho☐ Picada de Animais Peçonhentos☐ Intoxicação Medicamentos☐ Outras Causas☐ Suicídio

Local de Ocorrência: _____

Acompanhamento: _____

ATENDIMENTO**QUEIXA PRINCIPAL / MOTIVO**Doença crônica de colite**EXAME FÍSICO**

PESO

TEMP

PA

FC

FR

100 x 70

80

SpO2 97%



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1712080

Nome : Giovanni de Leivas da Silva

Foi atendido às 23:46 hs. do dia 09 / 02 / 2020

Diagnóstico Provável : Paciente vítima de acidente motociclístico e fratura em fêmur e patela direitos + osteomielite patela D.

Tratamento Realizado : Tratamento cirúrgico para fratura de fêmur e patela direitos + antibioticoterapia.

Observação : Retornar em 30 dias para consulta ambulatorial (Ortopedia - Dr. Fabio Brandão). Tratamento das atividades laborais por 60 dias.

Cópia de :

Pothyra Pascoal

Residente

Medicina Ortopedia
CREMEPE 29381

25/03/2020

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1712080

Nome : Qiranielo Leirao da Silva

Foi atendido às 23:46 hs. do dia 09 / 02 / 2020

Diagnóstico Provável : Paciente vítima de
acidente motociclístico e
fratura em fêmur e patela
direitos + osteomielite patela D.

Tratamento Realizado : Tratamento cirúrgico
para fratura de fêmur e patela
direitos + antibioticoterapia.

Observação : Retornar em 30 dias para
consulta ambulatorial pr ortopedia
(Dr Fabio Brandão). Parar todas as
atividades laborais por 60 dias.

Cópia de :

Pothya Pascoal

Residente

Medicina Ortopedia
CREMEPE 29381

25/03/2020

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



SINISTRO 3200207530 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

CPF/CNPJ: 08611333403

Posição em 13-10-2020 15:51:52

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
02/07/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Vítima: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA		Estado Civil: SOLTEIRO
RG: 8.159.646 SDS/PE	CPF: 086.113.334-03	Datas de nascimento: 06/11/1988
Profissão: AUTÔNOMO		
Endereço – RUA DA ESTAÇÃO, 28 CASA		
Bairro: FREI CANECA		
Cidade: JAQUEIRA	CEP: 55.409-000	
Telefone: (81) 9-9218-8055		
E-mail: setorjuridicorecife@gmail.com		

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT, QUE MORO E RESIDO NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO.

REITERO QUE É MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE AS INFORMAÇÕES AQUI CONTIDAS

RECIFE, 08 DE OUTUBRO DE 2020.

Givanildo Ceriaco da S Lima



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Vítima: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA		Estado Civil: SOLTEIRO
RG: 8.159.646 SDS/PE	CPF: 086.113.334-03	Datas de nascimento: 06/11/1988
Profissão: AUTÔNOMO		
Endereço – RUA DA ESTAÇÃO, 28 CASA		
Bairro: FREI CANECA		
Cidade: JAQUEIRA	CEP: 55.409-000	
Telefone: (81) 9-9218-8055		
E-mail: setorjuridicorecife@gmail.com		

Fundamento no artigo 1 da Lei n. 7.115/83, **declara** neste ato, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, **ser pobre na acepção jurídica do termo**, enquadrando-se na concessão prevista na Lei n. 1060/50 e posteriores alterações, pois a sua “situação econômica” não lhe permite pagar as “custas” do processo e “honorários advocatícios”, **sem prejuízo do sustento próprio ou da família.**

RECIFE, 08 DE OUTUBRO DE 2020.

Givanildo Ceriaco da S. Lima



PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

Vítima: GIVANILDO CERIAÇO DA SILVA LIMA		Estado Civil: SOLTEIRO
RG: 8.159.646 SDS/PE	CPF: 086.113.334-03	Datas de nascimento: 06/11/1988
Profissão: AUTÔNOMO		
Endereço – RUA DA ESTAÇÃO, 28 CASA		
Bairro: FREI CANECA		
Cidade: JAQUEIRA	CEP: 55.409-000	
Telefone: (81) 9-9218-8055		
E-mail: setorjuridicorecife@gmail.com		

Nomeia e constitui suas bastante procuradoras as Sra. **LORENA SAMPAIO DA SILVA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE nº 42.960, ou a Sra. **BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS**, brasileira, casada, inscrita na OAB/PE nº 27.708, todas com endereço profissional à Av. Conde da Boa Vista, nº. 50, sala 1031, Boa Vista, Recife, onde recebe as comunicações de quaisquer atos processuais, a fim de que possa representar o(a) outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, sendo-lhe outorgado os poderes de representação constantes nos art.105 do CPC, inclusive os especiais para transigir, desistir, firmar compromisso, substabelecer, desistir, renunciar, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, receber alvará, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, dando tudo por bom e valioso, **com o fim de ajuizar ações relativas ao recebimento de diferença ou da integralidade do Seguro Obrigatório, ação de indenização, ou quaisquer outras que forem necessárias para o fiel desempenho do mandato.** Deixando estipulado nesse documento, contrato de risco com o Outorgante, que em caso de êxito, serão pagos a título de honorários contratuais trinta por cento, do valor recuperado, em favor do Outorgante.

RECIFE, 08 DE OUTUBRO DE 2020.

Givanildo Ceriaco da Silva





Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Secretaria de Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO

Joanne K. Siqueira Silva
COREN-PE 396.928 ENF

Nº de Ocorrência

746770

1. Hora do chamado	19:15	2. Chegada ao local	19:40	3. Saída do local	20:00	4. Hora da conclusão	04:15	5. Saída do hospital	02:20
6. Motivo/Solicitação	Colisão de veículos								
8. Tipo de recurso	<input type="checkbox"/> 1. UVA <input checked="" type="checkbox"/> 2. USB <input type="checkbox"/> 3. VIP <input type="checkbox"/> 4. Helicóptero <input type="checkbox"/> 5. Moto								
9. Origem do atendimento	<input type="checkbox"/> 1. Domicílio <input checked="" type="checkbox"/> 2. Via Pública <input type="checkbox"/> 3. Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 4. SAD								
10. Médico regulador	Amanda			11. Radiologista	Biscula				
12. Paciente	Gibranildo Gomes da Silva Lima				13. Solicitante				
14. Data de nascimento	06/11/1985		15. Idade	38		16. Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino		
17. Logradouro	R. Edson Silva Paula							18. Nº	
19. Bairro	Florencia							20. Município	Jaqueira
21. Zona	<input type="checkbox"/> 1. Urbana <input checked="" type="checkbox"/> 2. Rural		22. Referência	Trib. Com. Paraiso (São Benedito do Sul)					
23. Local de ocorrência	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Via Pública <input type="checkbox"/> 2. Domicílio		24. Ocorrência relacionada ao trabalho	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não		25. Tipo de atendimento	<input type="checkbox"/> 1. Clínico <input type="checkbox"/> 2. Cirúrgico <input type="checkbox"/> 3. Obstétrico <input type="checkbox"/> 4. Pediátrico <input type="checkbox"/> 5. Psiquiátrico <input type="checkbox"/> 6. Ressonância/Sonho <input type="checkbox"/> 7. Outros		
26. Tipo de veículo	<input type="checkbox"/> 1. Fretado <input checked="" type="checkbox"/> 2. Carrovança <input type="checkbox"/> 3. Passageiro <input type="checkbox"/> 4. Pessoa conduzida em local inadequado		27. Meio de locomoção da vítima	<input type="checkbox"/> 1. Automotriz <input checked="" type="checkbox"/> 2. Moto <input type="checkbox"/> 3. A pé <input type="checkbox"/> 4. Bicicleta <input type="checkbox"/> 5. Outro		28. Mecanismo do trauma	<input type="checkbox"/> 1. Capotamento <input type="checkbox"/> 2. Ejeção <input checked="" type="checkbox"/> 3. Impacto frontal <input type="checkbox"/> 4. Impacto lateral <input type="checkbox"/> 5. Impacto traseiro		
29. Natureza do acidente	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Colisão/Abatimento <input type="checkbox"/> 2. Tombamento ou Capotamento <input type="checkbox"/> 3. Choque com objeto fixo <input type="checkbox"/> 4. Atropelamento <input type="checkbox"/> 5. Queda em/da veículo <input type="checkbox"/> 6. Outro								
30. Uso de capacete pela vítima	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 09. Não se aplica		31. Uso de cinto pela vítima	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 09. Não se aplica		32. Uso de bebida alcoólica pela vítima	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 09. Não se aplica		
33. Intoxicação Exógena	<input type="checkbox"/> 1. Alcool <input type="checkbox"/> 2. Drogas ilícitas <input type="checkbox"/> 3. Medicamentos <input type="checkbox"/> 4. Alimentos perecíveis <input type="checkbox"/> 5. Outros		34. Queda	<input type="checkbox"/> 1. Própria altura <input type="checkbox"/> 2. Outra altura/Aproximadamente: _____ m					
35. Agressão	<input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo <input type="checkbox"/> 2. Arma branca <input type="checkbox"/> 3. Agressão física <input type="checkbox"/> 4. Abuso sexual <input type="checkbox"/> 5. Outras		36. Queimadura	<input type="checkbox"/> 1. Fogo <input type="checkbox"/> 2. Fumaça <input type="checkbox"/> 3. Térmica (exceto fogo) <input type="checkbox"/> 4. Substância química <input type="checkbox"/> 5. Choque elétrico					
37. Termino de Sução	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		38. Outros acidentes	<input type="checkbox"/> 1. Afogamento <input type="checkbox"/> 2. Soterramento <input type="checkbox"/> 3. Nuvem <input type="checkbox"/> 4. Outros					
39. Vias aéreas	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Livre <input type="checkbox"/> 2. Construída		40. Respiração	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Traqueostomia <input type="checkbox"/> 3. Bradipneia <input type="checkbox"/> 4. Apneia <input type="checkbox"/> 5. Tórax com deformidades ou lesões		41. Circulação/pulso	<input type="checkbox"/> 1. Ausente <input type="checkbox"/> 2. Presente <input type="checkbox"/> 3. Cheio <input type="checkbox"/> 4. Fluo <input type="checkbox"/> 5. 2 < 2 Segundos		
43. Neurologia	<input type="checkbox"/> 1. Normal <input checked="" type="checkbox"/> 2. Sonolência <input type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão		44. Escala de GININATI	<input type="checkbox"/> 1. Defeito motor <input type="checkbox"/> 2. Desvio de commissura labial <input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala					
45. Coloração da pele	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Cianose <input type="checkbox"/> 4. Hiperemia <input type="checkbox"/> 5. Intenso		46. Pupila	<input type="checkbox"/> 1. Miotica <input type="checkbox"/> 2. Midríase <input type="checkbox"/> 3. Reagente <input type="checkbox"/> 4. Não Reagente <input type="checkbox"/> 5. Isocólicas <input type="checkbox"/> 6. Anisocólicas					
47. Ferida	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não		48. Uso medicamento	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não		49. Alguma patologia	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		
Qual?			Qual?			Qual?			
50. Abertura ocular (AO)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Espontânea (4) <input type="checkbox"/> 2. A voz (3) <input type="checkbox"/> 3. A dor (2) <input type="checkbox"/> 4. Nenhum (1)		51. Resposta verbal	<input type="checkbox"/> 1. Orientada (5) <input checked="" type="checkbox"/> 2. Confusa (4) <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas (3) <input type="checkbox"/> 4. Palavras incompletas (2) <input type="checkbox"/> 5. Nenhum (1)		52. Resposta Motora	<input type="checkbox"/> 1. Obedece a comandos (5) <input checked="" type="checkbox"/> 2. Localiza dor (4) <input type="checkbox"/> 3. Movimento de retirada (3) <input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal (2) <input type="checkbox"/> 5. Extensão anormal (1) <input type="checkbox"/> 6. Nenhum (1)		
53. Sinais vitais - SSVV	HORA		19:40		20:55				
	PA		100x70		130x90				
	FC		77						
	FR		36.50						
	HGT		105						
	SpO2%		94%		97%				
54. Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	Membro Superior	Membro Inferior
								Esquerdo	Direito
Amputação									
Contusão									
Esconção									
Esmagamento									
Perfurante									
Contuso									
Fratura fechada									
Fratura aberta									
Laceração									
Luxação									
Queimadura									
Presença de sangramento									

1. Coluna

- ☒ 1. Inala. Coluna cervical ☒ 2. Utilização de prancha
☒ 3. Imob. Membros ☐ 4. KED
☐ 5. Oxigenoterapia

Jaqueline R. S. da Silva
 COREN-PE 396.928 ENF
 Legado em
 06.05.2020

62. Outras descrições:

Paciente vítima de colisão de
 moto com moto com fratura
 exposta em M.E.D + expostas
 das tendões, consciente porém
 confuso.

56. Unidade de destino

HR

57. Médico que recebeu

Rita Mota
 CRM: 19281-PE
 Médica
 Neurocirurgia

58. Equipe

Médico assistente

Enfermeiro

Valdineia

Técnico de enfermagem

Verônica

Condutor/Piloto

Ronaldo

Responsável pelo preenchimento

Verônica M. Brito da Silva
 COREN-PE 432676
 TÉCNICA SOCORRISTA
 CRMU - JACQUEIRA-PE

Solicitou apoio da UTI

☐ 1. Sim

☒ 2. Não

Observações:

Redirecionamento

☐ 1. Sim

☐ 2. Não

Causa:

Destino:

Obs. Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

59. Cancelamento da ocorrência

☐ 1. Pelo médico regulador

☐ 2. Pelo solicitante

☐ 3. Por lote

☐ 4. Por cenário de risco para a equipe

60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra
 orientação médica.

Testemunha:

Assinatura:

RG:

Data:

61. Múltiplas vítimas:

☐ 1. Sim

☐ 2. Não

Nº de vítimas:

Cenário:

