



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 085ª CIRCUNSCRIÇÃO - JAQUEIRA - DP85ºCIRC DINTER1/13ºDESEC

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 - Culposo (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 FIOMENA 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**



Assinado eletronicamente por: LORENA SAMPAIO DA SILVA - 10/11/2020 02:20:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111002204914400000069375502>
Número do documento: 20111002204914400000069375502

Num. 70756165 - Pág. 1

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 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.

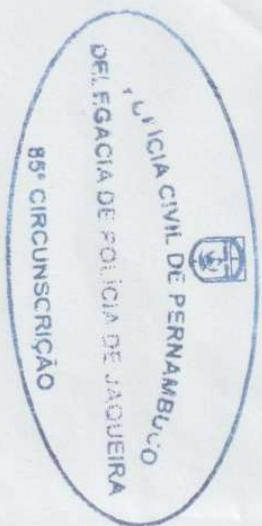
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

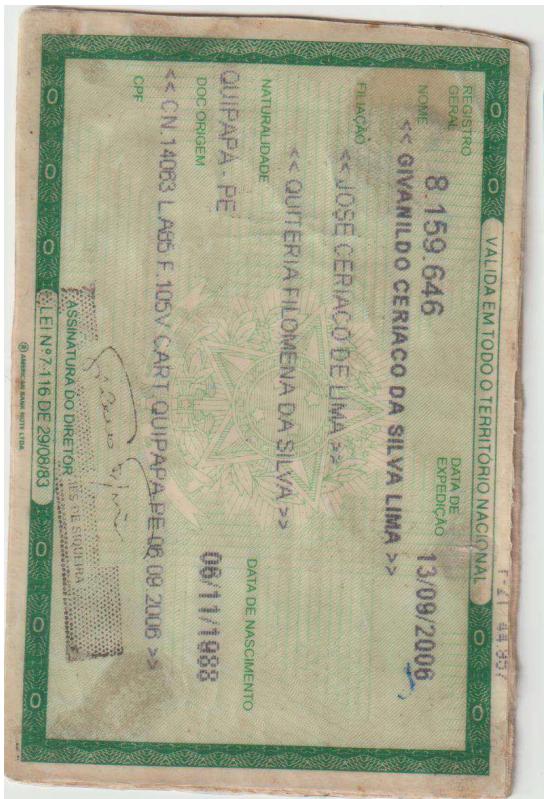
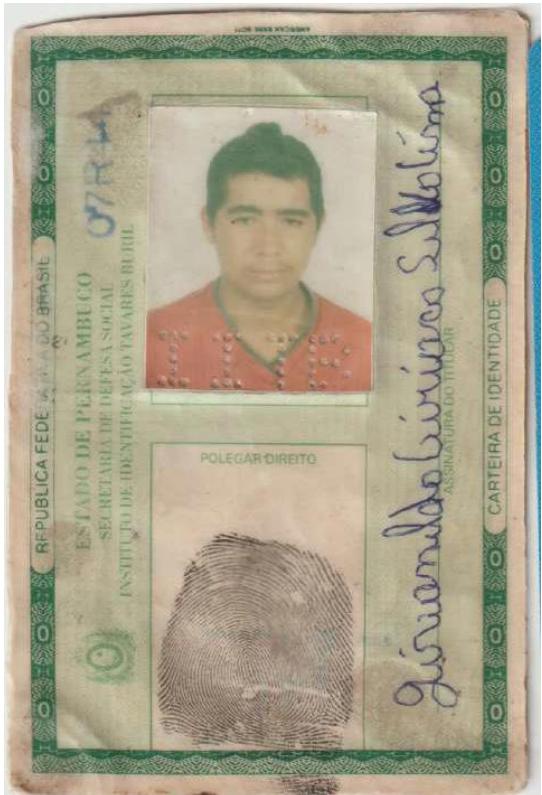
Maria José Izidio dos Santos
MARIA JOSÉ IZIDIO DOS SANTOS
(NOTICIANTE)



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

Giovamildo Geriaco da Silva Lima





Assinado eletronicamente por: LORENA SAMPAIO DA SILVA - 10/11/2020 02:20:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111002204962700000069375503>
Número do documento: 20111002204962700000069375503

Num. 70756166 - Pág. 1



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. Kalo Magno C. R.
MÉDICO
CRM-P 7407

Médico – CRM



Assinado eletronicamente por: LORENA SAMPAIO DA SILVA - 10/11/2020 02:20:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111002204981100000069375504>
Número do documento: 20111002204981100000069375504

Num. 70756167 - Pág. 2

5879668 M/2

04



PREFEITURA DE
SÃO BENEDITO DO SUL
Respeito a nossa gente

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:

Nome: Giovânia Sereia da Silva Lins Documento Nº _____

Fone: _____

Genitora:

Data Nas.: / / Idade: 30 Sexo: M Cor: P

Endereço: R. Edson Lira Paula

Bairro: Ponto de Referência:

OCORRÊNCIA

Acidente de Trânsito

Acidente de Trabalho

Suicídio

Outros Acidentes

Picada de Animais Peçonhentos

Agressão

Intoxicação Medicamentos

Intoxicação c/ Agrotóxicos

Outras Causas

Local de Ocorrência: _____

Acompanhamento: _____

ATENDIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL / MOTIVO

Ronco e fadiga de dia

EXAME FÍSICO

PESO

TEMP

PA

100x70

FC

80

FR

582 97%



Assinado eletronicamente por: LORENA SAMPAIO DA SILVA - 10/11/2020 02:20:49

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111002204981100000069375504>

Número do documento: 20111002204981100000069375504

Num. 70756167 - Pág. 3

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1712080

Nome : Divanildo Ferriaco da Silva

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

Diagnóstico Próvel : Paciente vítima de
acidente motociclistico e
fratura em fémur e patela
direitos + osteomielite patela D.

Tratamento Realizado : Tratamento cirúrgico
para fratura de fémur e patela
direitos + antibioticoterápida.

Observação : Retornar em 30 dias para
consulta ambulatorial na ortopedia
(Dr Fábio Brandão). Fazimento das
atividades laborais por 60 dias.

Cópia de :

Pothyra Pascoal

Residente

Medicamento: Ortopedia
CREMPE 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 : Divanildo Leriaco da Silva

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

Diagnóstico Próvel : Paciente vítima de
acidente motociclistico e
fratura em fémur e patela
direitos + osteomielite patela D.

Tratamento Realizado : Tratamento cirúrgico
para fratura de fémur e patela
direitos + antibioticoterápida.

Observação : Retornar em 30 dias para
consulta ambulatorial na ortopedia
(Dr Fábio Brandão). Fazimento das
atividades laborais por 60 dias.

Cópia de :

Pothyra Pascoal

Residente

Médico de植物
CREMPE 29381

25/03/2020

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatório 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: JAQUEIRÁ | 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 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 | |

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 S Lima





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

Karoline
Jaqueline R. Soárez Silveira
COREN-PE 396.928 ENF

Nº de Ocorrência

605.2020

Copie em 06/05/2020

746770

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|--|--|----------|-----------------|-----------------|
| DADOS GERAIS | | 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 | 6.2.20 | | | |
| | | 6. Motivação Colisão de veículos de trânsito | 7. Data 09/11/2020 | | | | | | | |
| 8. Tipo de recurso | | <input type="checkbox"/> 1. UMA | <input checked="" type="checkbox"/> 2. USP | <input type="checkbox"/> 3. VIR | <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 responsável | | Amanda | | | | | | | | |
| 11. Radiocomunicação | | Bruna | | | | | | | | |
| 12. Paciente | | Gisele Soárez de Souza Braga | | | | | | | | |
| 13. Solitário | | | | | | | | | | |
| 14. Data de nascimento | | 06/11/1985 | 15. Idade | 35 | 16. Sexo | <input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino | <input type="checkbox"/> 2. Feminino | | | |
| 17. Logradouro | | R. Elson Braga Paula | | | | | | | | |
| 18. Bairro | | Frei Caneca | | | | | | | | |
| 19. N° | | | | | | | | | | |
| 20. Zona | | <input type="checkbox"/> 1. Urbana | <input checked="" type="checkbox"/> 2. Rural | 22. Referência | Pronto Socorro (Setor Benedito B. Sub) | | | | | |
| 23. Local de ocorrência | | 24. Ocorrência relacionada ao trabalho | 25. Tipo de atendimento | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. Via Pública | | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 1. Clínico | <input type="checkbox"/> 2. Caso externo | <input type="checkbox"/> 3. Obstétrico | <input type="checkbox"/> 4. Pediátrico | | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. Domicílio | | <input type="checkbox"/> 2. Não | <input type="checkbox"/> 2. Prevenção | <input type="checkbox"/> 5. Reabilitação | <input type="checkbox"/> 6. Resgate Sennar | <input type="checkbox"/> 7. Atendimento à vítima | <input type="checkbox"/> 8. Beneficiante | | | |
| 26. Tipo de vítima | | 27. Meio de locomção da vítima | 28. Mecanismo do trauma | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Passageiro | | <input checked="" type="checkbox"/> 1. Automóvel | <input checked="" type="checkbox"/> 2. Moto | <input type="checkbox"/> 3. A pé | <input type="checkbox"/> 4. Caiamento | <input type="checkbox"/> 5. Explosão | <input checked="" type="checkbox"/> 6. Impacto frontal | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. Conduzindo | | <input type="checkbox"/> 4. Bicicleta | <input type="checkbox"/> 5. Outro | <input type="checkbox"/> 7. Impacto lateral | <input type="checkbox"/> 8. Impacto traseiro | | | | | |
| 29. Natureza do acidente | | 30. Tornamento ou Capotamento | 31. Choque com objeto fixo | 32. Ignorado | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. Colisão/absorção | | <input type="checkbox"/> 2. Tornamento ou Capotamento | <input type="checkbox"/> 3. Choque com objeto fixo | <input type="checkbox"/> 9. Ignorado | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. Atropelamento | | <input type="checkbox"/> 5. Queda em/des de veículo | <input type="checkbox"/> 6. Outro | | | | | | | |
| 33. Uso de capacete pela vítima | | 34. Uso de cinto pela vítima | 35. Uso de bebida alcoólica pela vítima | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. Sim | | <input type="checkbox"/> 2. Não | <input type="checkbox"/> 3. Não se aplica | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não | <input type="checkbox"/> 3. Não se aplica | <input type="checkbox"/> 4. Não se aplica | | | |
| 36. Intoxicação Exógena | | 37. Medicamentos | 38. Outros | 39. Queda | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Álcool | | <input type="checkbox"/> 2. Produtos químicos | <input type="checkbox"/> 3. Outros | <input type="checkbox"/> 1. Própria vítima | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 4. Álcool e outros | | <input type="checkbox"/> 4. Medicamentos | <input type="checkbox"/> 5. Outros | <input type="checkbox"/> 2. Outra vítima/mais de uma vítima | | | | | | |
| 40. Agressão | | 41. Queimadura | 42. Fumaça | 43. Térmica (excepto fogo) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo | | <input type="checkbox"/> 2. Arma branca | <input type="checkbox"/> 3. Agressão física | <input type="checkbox"/> 4. Substância química | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 4. Abuso sexual | | <input type="checkbox"/> 5. Outros | <input type="checkbox"/> 5. Choque elétrico | | | | | | | |
| 44. Temor/medo de morte | | 45. Outros acidentes | 46. Sofrimento | 47. Necessidade de reanimação | 48. Desvio de comissura labial | 49. Dificuldade de fala | 50. Outras | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Sim | | <input type="checkbox"/> 2. Não | <input type="checkbox"/> 3. Alucinamento | <input type="checkbox"/> 4. Suicídio | <input type="checkbox"/> 5. Convulsão | <input type="checkbox"/> 6. Desvio de comissura labial | <input type="checkbox"/> 7. Dificuldade de fala | | | |
| 51. Vias aéreas | | 52. Respiração | 53. Circulação/pulso | 54. Perfusion perférica | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. Livre | | <input checked="" type="checkbox"/> 2. Normal | <input type="checkbox"/> 3. Bradipneia | <input type="checkbox"/> 1. Ausente | <input type="checkbox"/> 2. Presente | <input type="checkbox"/> 3. > 2 Segundos | <input type="checkbox"/> 4. < 2 Segundos | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. Obstruída | | <input type="checkbox"/> 4. Apneia | <input type="checkbox"/> 5. Tórax com deformidades ou lesões | <input type="checkbox"/> 3. Cheio | <input type="checkbox"/> 4. Pleio | | | | | |
| 55. Nefrologia | | 56. Escala de CINCINNATI | 57. Pupilas | 58. Reagente | 59. Não Reagente | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Normal | | <input checked="" type="checkbox"/> 2. Sono/fadiga | <input type="checkbox"/> 3. Agitação | <input type="checkbox"/> 1. Mídia | <input type="checkbox"/> 2. Midriase | <input type="checkbox"/> 3. Reagente | <input type="checkbox"/> 4. Não Reagente | | | |
| 59. Coletação de pele | | <input type="checkbox"/> 4. Coma | <input type="checkbox"/> 5. Convulsão | <input type="checkbox"/> 5. Isocriptos | <input type="checkbox"/> 6. Anisocriptos | | | | | |
| 60. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA | | 61. Quais? | 62. Quais? | 63. Quais? | 64. Quais? | | | | | |
| 65. ESCALA DE GLASGOW | | 66. 51. Resposta verbal | 67. 52. Resposta Motor | 68. 53. Sinais vitais - SSVV | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. Alerta (4) | | <input type="checkbox"/> 1. Orientada (5) | <input type="checkbox"/> 1. Obedeço a comando (5) | <input type="checkbox"/> 1. Ausente | <input type="checkbox"/> 2. Presente | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. Avisa (3) | | <input checked="" type="checkbox"/> 2. Confusa (4) | <input checked="" type="checkbox"/> 2. Localiza dor (6) | <input type="checkbox"/> 2. > 2 Segundos | <input type="checkbox"/> 3. Cheio | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. Adorme (2) | | <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas (3) | <input type="checkbox"/> 3. Movimento de retirada (4) | <input type="checkbox"/> 3. < 2 Segundos | <input type="checkbox"/> 4. Pleio | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 4. Nenhumas (1) | | <input type="checkbox"/> 4. Palavras incompletas (2) | <input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal (3) | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 5. Nenhuma (1) | <input type="checkbox"/> 5. Extensão anormal (2) | <input type="checkbox"/> 5. Nenhumas (1) | | | | | | |
| TOTAL | | SCORE1 | SCORE2 | | | | | | | |
| 54. Principais lesões | | Crânio | Face | Pescoco | Dorsو | Tórax | Abdômen | Pelve | Membro Superior | Membro Inferior |
| Amputação | | | | | | | | Esquerdo | Direito | Esquerdo |
| Contusão | | | | | | | | | | |
| Esoneração | | | | | | | | | | |
| Esmagamento | | | | | | | | | | |
| Perfurante | | | | | | | | | | |
| Contuso | | | | | | | | | | |
| Fratura fechada | | | | | | | | | | |
| Fratura aberta | | | | | | | | | | |
| Lacerção | | | | | | | | | | |
| Luxação | | | | | | | | | | |
| Queimadura | | | | | | | | | | |
| Presença de sangramento | | | | | | | | | | |

56. Condução:
- 1. Imob. Coluna cervical
 - 2. Utilização de prancha
 - 3. Imob. Membros
 - 4. KED
 - 5. Oxigenoterapia

*Sigillino
Jaqueline P. S. Guedes M.D.
COREN-PE 396.928 ENF
Cach em
06-05-2020*

56. Unidade de destino:

HR

57. Médico que recebeu:

Rita Mota
CRM: 19281-PE
Médica
NEUROCIRURGIA

58. Equipe:

Médico assistente:

Enfermeiro:

Técnico de enfermagem:

Condutor/Piloto:

Responsável pelo preenchimento:

*Verônica Ma. Brito da Silva
COREN-PE 432676
CHICA SOCORRISTA
M.U. JAGUEIRA-PE*

59. 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.

60. CANCELAMENTO DA OCORRÊNCIA

1. Pelo médico regulador 2. Pelo solicitante

3. Por si só 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 vitimas: 1. Sim 2. Não

Nº de vitimas:

Cenário:

62. Outras descrições:

Paciente vítima de colisão de moto com meto com fratura exposta. Am MID + exporação das tendões, causando perda de função.