

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: 29/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03568

CONTA: 000000014360-9

Nr. da Autenticação B97F009D97AFA914

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200324816 **Cidade:** Grossos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
FILHO

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ESCAPULO UMERAL DIREITO.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 100°, extensão aos 30°, abdução aos 130°, adução aos 25°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 40°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU ACIDENTE DE MOTO ONDE APRESENTOU TRAUMA EM OMBRO DIREITO, APÓS RADIOGRAFIAS EVIDENCIOU-SE LUXAÇÃO OMBRO DIREITO, SENDO REALIZADA REDUÇÃO INCRUENTA COM SUCESSO NO CENTRO CIRÚRGICO. UTILIZAÇÃO DE TIPOIA POR 02 MESES, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA HOSPITALAR. REALIZOU 02 MESES DE FISIOTERAPIA. REALIZADA RESSONÂNCIA DO OMBRO DIREITO ONDE APRESENTOU LESÃO COMPLETA DO SUBESCAPULAR, CABO LONGO DO BÍCEPS E SUPRA ESPINHAL DIREITO. ATUALMENTE, APRESENTANDO REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/09/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200324816 **Cidade:** Grossos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO ANTERIOR SEM SEQUELA:3200159806

@1 PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200324816**

Vítima: ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS FILHO

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS FILHO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003568

Conta: 0000014360-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200324816

Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS FILHO

Endereço do(a) Examinado(a): RUA HEMETERIO CONEGUNDES, 71, CASA, Grossos/RN

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSPRN / 871962

Data e local do acidente: 10/11/2019 - Tibau/RN

Data e local do exame: 22/09/2020 - Mossoró/RN

Coordenadas Geográficas: latitude: -5.18304 , longitude: -37.35517

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

LUXAÇÃO ESCAPULO UMERAL DIREITO.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VÍTIMA SOFREU ACIDENTE DE MOTO ONDE APRESENTOU TRAUMA EM OMBRO DIREITO, APÓS RADIOGRAFIAS EVIDENCIOU-SE LUXAÇÃO OMBRO DIREITO, FICOU DE JEJUM E NO DIA SEGUINTE REALIZOU A REDUÇÃO INCRUENTA COM SUCESSO NO CENTRO CIRÚRGICO,TRATOU COM TIPOIA POR 2 MESES.FEZ 2 MESES DE FISIOTERAPIA .NÃO MELHOROU E REALIZOU RESSONÂNCIA DO OMBRO DIREITO ONDE APRESENTOU LESÃO COMPLETA DO SUBESCAPULAR,CABO LONGO DO BÍCEPS E SUPRA ESPINHAL.HOJE APRESENTA OMBRO DIREITO COM LIMITAÇÃO DE 70% DA ELEVAÇÃO E PERDA DE FORÇA, LIMITAÇÃO DE 50% DA ROTAÇÃO INTERNA E 20% DA ROTAÇÃO EXTERNA

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 100°, extensão aos 30°, abdução aos 130°, adução aos 25°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 40°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

APRESENTA OMBRO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA ELEVAÇÃO E PERDA DE FORÇA, LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA E DA ROTAÇÃO EXTERNA

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo 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" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Ombro Direito - Médio - 50%



Dr. Luis F. C. Nascimento
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4863

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
737.128.094-68. *Antônio Faustino dos Santos Filho*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: <i>Antônio Faustino dos Santos Filho</i>	6 - CPF: 737.128.094-68		
7 - Profissão: <i>Recurso</i>	8 - Endereço: <i>Qdo. Henrique Gonçalves</i>	9 - Número: 71	10 - Complemento: coso
11 - Bairro: <i>Centro</i>	12 - Cidade: <i>Cravinhos</i>	13 - Estado: RN	14 - CEP: 59675-000
15 - E-mail: <i>Recurso</i>		16 - Tel. (DDD): 184199538106	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 3568 CONTA: 14360 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	--	---

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <i>nascer ou/na morte</i> ?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?
--	---	--	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (obrigatório)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data, *Brasília/DF 05-04-2020*

*Antônio Faustino
DOS Santos Filho*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

*Tânia Sávio Costa de Oliveira
43 - Assinatura do Procurador (se houver)*

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE GROSSOS - GROSSOS - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 069546/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/12/2019 09:19 Data/Hora Fim: 16/12/2019 09:39
Delegado de Polícia: Renato da Silva Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Grossos

Data/Hora do Fato: 10/11/2019 22:00

Local do Fato

Município: Tibau (RN)

Bairro: zona rural

Ponto de Referência: giratória de Gangorra

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO FAUSTINO DOS SANTOS FILHO (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade:RN - São João do	Sexo: Masculino	Nasc: 01/02/1963
Profissão: Agricultor		Escolaridade: Sem instrução	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Josefa Alves dos Santos	Nome do Pai: Antonio Faustino dos Santos		

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 871962

Endereço

Município: Grossos - RN

Logradouro: R Hemetério Conegundes

Nº: 71

Complemento: casa

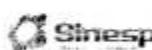
Bairro: Centro

CEP: 59.675-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	737.128.094-68,	Placa	NNQ9333
Renavam	00325244499	Número do Motor	É3G9E-040518
Número do Chassi	9C6KE1520B0040514	Ano/Modelo Fabricação	2011/2011
Cor	ROXA	UF Veículo	Rio Grande do Norte
Município Veículo	Grossos	Marca/Modelo	YAMAHA/FACTOR YBR125 K
Modelo	YAMAHA/FACTOR YBR125 K	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Última Atualização Denatran	11/05/2011	Situação do Veículo	RESERVA DE DOMÍNIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Faustino dos Santos Filho	Proprietário





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE GROSSOS - GROSSOS - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

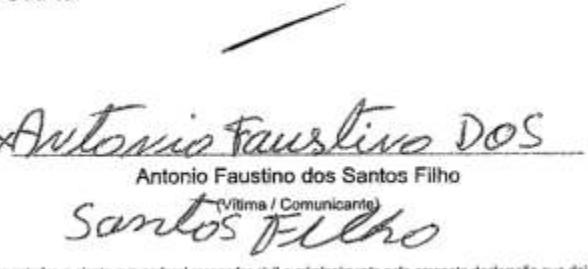
Nº: 069546/2019

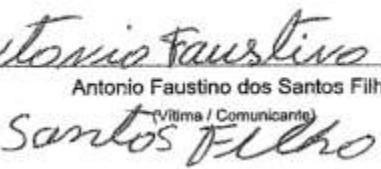
RELATO/HISTÓRICO

Informa o comunicante que seguia de Mossoró com destino a Grossos, pilotando a motocicleta já caracterizada, trazendo como passageiro o Irmão Margareno, quando na giratória de Gangorra, avistou um animal (jumento) sobre a via de rolamento e tentou desviar o animal, referido animal se assustou com um homem passava por trás dele e com isso, bateu contra a motocicleta, ao ser atingido pelo animal, perdeu o controle da motocicleta e fora arremessado contra o solo, sendo atendido no Hospital Municipal de Tibau, apresentando os documentos pertinentes ao atendimento médico.

ASSINATURAS


Cristiano Alves de Lima
Escrivão de Polícia
Matrícula 190.833-9
Responsável pelo Atendimento


Antonio Faustino dos Santos Filho


(Vítima / Comunicante)
Antonio Faustino dos Santos Filho

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o/a único(a) responsável pelas informações acima assentadas e que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

RECEITUÁRIO

Antônio Frazão nos S. Filhos

Declaro Nós Acionos Fins Ous O
Aquele Sua Cima Sobre Noss
Ous Noss Ous 10/12/19 Ous Fazendo
EM ~~10/12/19~~ de 00/00/00, Noss Sua
Aquele no HRTM, Evolução com
Aos, Cintiaç Freixo, em OMBR
①, sem condicô A/ATENÇÃO CONDICOES

DR. RICARDO BARNIERE R. DANTAS
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
RUA: 781 TEOT 11044
703.425.474-53

GROSSOS - RN CEP:59675-000
RUA: SOUZA MACHADO N°401

27 JAN 2020



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

25

FICHA DE ATENDIMENTO DE USUÁRIO/SUS

R.G. Nº CARTÃO SUS:		ATENDIMENTO Nº:		
NOME: <i>Antônio Leitão dos S. Lírios</i>		IDADE: <i>56</i> ANOS <i>00</i> MESES <i>00</i> DIAS		
D.N.: <i>01 02 163</i> SEXO: <i>M</i>		NOME DA MÃE: <i>Josefa Alves das Santas</i>		
ENDERECO (RUA/AV): <i>Espte. José Kocher</i>		PROFISSÃO:		
BAIRRO:		CIDADE: <i>Grossos</i>		
TEL.: <i></i>		ESTADO: <i>PE</i>		
ACOMPANHANTE: <i></i>		DATA: <i>10/11/19</i> HORA: <i>23:05</i> h		
MOTIVO DA PROCURA:		RUBRICA SERVIDOR: <i>felomen</i>		

QUEIXAS: *Acidente de moto*

PERÍODO:

ANTECEDENTES PATALÓGICOS: (-) HAS (-) DM OUTROS:

ANTECEDENTES ALÉRGICOS: *NE 60*

SINAIS VITais/DADOS INICIAIS: Peso: *kg* Temperatura: *°C* F.C. *BPM* P.A. *120 x 70* MmHg
F.R. *RPM* SpO2: *%* H.G.T. *Mg/Dl* ESCALA DE GLASGOW: *PTS.*

TIPO DE ATENDIMENTO: Emergência Urgência Urgência Leve Não Urgência CLASSIFICAÇÃO:

ANAMNESE (MÉDICO)

luxecão onho D

EXAME FÍSICO (MÉDICO)

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (MÉDICO)

LABORATÓRIO: HC EAS OUTROS:

RADILOGIA (ESPECIFICAR)

ECG OUTROS:

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S): *luxecão onho D*

(COMUNICAR/NOTIFICAR, SE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA)

CONDUTA: Medicção+Alta Medicção+Observação Orientações

ENCAMINHAMENTO PARA:

Hospital de Referência: *H2TM*

Atendimento Especializado PSF/UBS CAPS

MÉDICO: (Carimbo e Assinatura)

Gloria Maria Barbosa
Médica
CRM / RN 4365
C. 879-999-18778

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

PERGAMENO



Antônio Faustino dos Santos Filho

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

671.963

09/09/2015

ANTÔNIO FAUSTINO DOS SANTOS FILHO

ANTÔNIO FAUSTINO DOS SANTOS
JOSÉA ALVES DOS SANTOS

SÃO JOÃO DO SANGUEIRO

01/02/1963

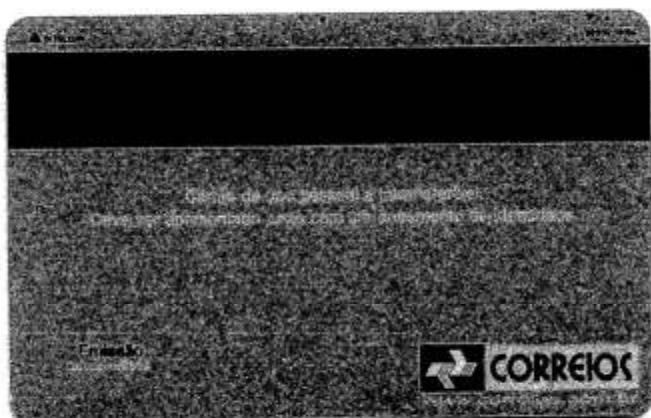
CENT. DE MASCIMENTO L-A05 F-240 B3-3932
PATU RN-2 CANTORIO

737.128.094-68

2a. VIA

Odair

737.128.094-68 DE 20/08/53



Vítima