



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2017

Carta nº: 11275537

A/C: DAWID GENTIL DE MATOS

Sinistro: 3170256663 ASL-0173074/17
Vitima: DAWID GENTIL DE MATOS
Data Acidente: 01/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

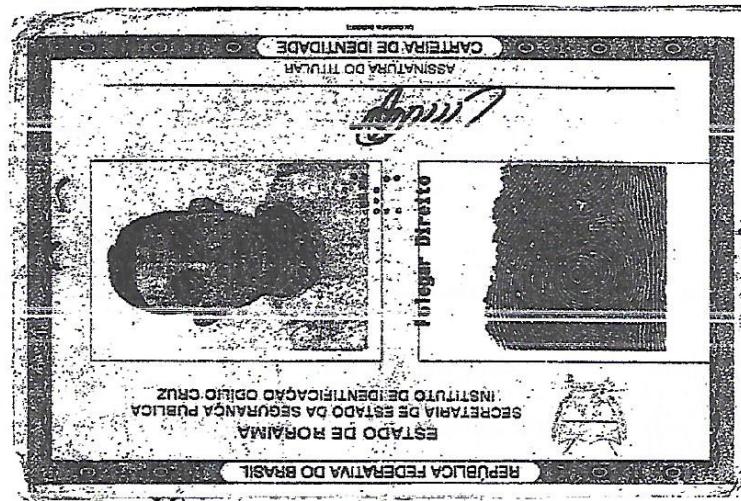


PROCURAÇÃO

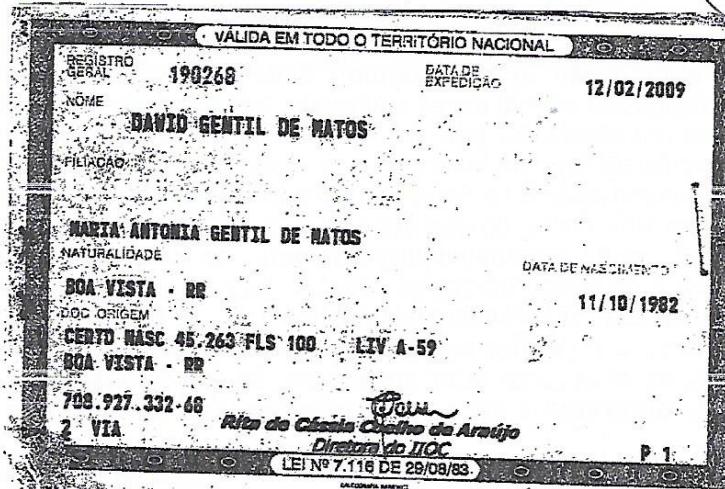
Eu, Dzwid Gentil de Mztos, brasileiro (a), Solteiro, Servidor Pública portador (a) do RG nº 190.268, inscrito (a) no CPF sob o nº 708927332-68, residente e domiciliado (a) na rue Miguel Lapi Martins, nº 244, Bairro Sz Pedro, Boa Vista-RR, CEP 69.306-715, telefone nº (95) 99176-5220, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos prante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para propor ação judicial de cobrança de Seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 03 de Abri 1 de 2019.

LWWP:
OUTORGANTE



* Enviar Laudo méd.
com alta do tratamento.
- Carta.



 192 CHAMADA 0004 AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no sentido do acidente) BUCAL / CICLO AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no sentido da saída)	<h3>FICHA DE ATENDIMENTO</h3> <p><i>BR NIT VIDA 112</i></p> <p>Unidade: <i>Tec. Shirley / Com.</i></p> <p>Equipe: <i>Tec Shirley / Com.</i></p> <p>Paciente: <i>David Gomes de maior</i></p> <p>Endereço: <i>Av. Benfazim Cordeiro, Centro</i></p> <p>Implantação: <i>0005</i></p> <p>Idade: <i>31</i> Sexo: <i>M</i></p> <p>Nº 017 DATA 04/05/17 HORA: 15:23</p> <p>Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: <i>Dr. Gleison</i></p> <p>MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input type="checkbox"/> OUTRO <i>7/10/05:37</i></p>																																							
MECANISMO DE TRAUMA <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> AUTOMÓVEL Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Vítima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Motorista: _____ Passageiro: <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão _____ </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> MOTO: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão _____ </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> VIOLENCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espancamento _____ </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica _____ <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____ <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> BICICLETA: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão _____ </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Violência Doméstica _____ <input type="checkbox"/> Violência Sexual _____ <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____ </td> </tr> </table>		AUTOMÓVEL Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Vítima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Motorista: _____ Passageiro: <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão _____	MOTO: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão _____	VIOLENCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espancamento _____	OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica _____ <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____ <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____	BICICLETA: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão _____		<input type="checkbox"/> Violência Doméstica _____ <input type="checkbox"/> Violência Sexual _____ <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____																																
AUTOMÓVEL Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Vítima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Motorista: _____ Passageiro: <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão _____	MOTO: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão _____	VIOLENCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espancamento _____	OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica _____ <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____ <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____																																					
BICICLETA: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão _____		<input type="checkbox"/> Violência Doméstica _____ <input type="checkbox"/> Violência Sexual _____ <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____																																						
AVALIAÇÃO INICIAL <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Outro: <i>E</i> </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Ventilação <input type="checkbox"/> M.V. Diminuido _____ <input type="checkbox"/> M.V. Ausente _____ </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Circulação <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Aval. Neurológica <input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Moise <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorréia <input type="checkbox"/> Cisternografia </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> SINAIS VITAIS E ESCORES <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">Hora</th> <th style="width: 15%;">P.A mm/hg</th> <th style="width: 15%;">F.C bpm</th> <th style="width: 15%;">F.R Mpm</th> <th style="width: 15%;">Sat O₂ %</th> <th style="width: 15%;">T. Aux °C</th> <th style="width: 15%;">Glicemia</th> <th style="width: 15%;">Trauma</th> <th style="width: 15%;">APGAR</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Inicio</td> <td style="text-align: center;"><i>6:45</i></td> <td style="text-align: center;"><i>1</i></td> <td style="text-align: center;"><i>181</i></td> <td style="text-align: center;"><i>20</i></td> <td style="text-align: center;"><i>96</i></td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"><i>65 MAI 2017</i></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Fim</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS <input type="checkbox"/> Atropelado por veículo alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> CONTEÚDO MAS VERIFICADO </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> CONTAGEM </td> </tr> </table>		Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Outro: <i>E</i>	Ventilação <input type="checkbox"/> M.V. Diminuido _____ <input type="checkbox"/> M.V. Ausente _____	Circulação <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente	Aval. Neurológica <input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Moise <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorréia <input type="checkbox"/> Cisternografia 	SINAIS VITAIS E ESCORES <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">Hora</th> <th style="width: 15%;">P.A mm/hg</th> <th style="width: 15%;">F.C bpm</th> <th style="width: 15%;">F.R Mpm</th> <th style="width: 15%;">Sat O₂ %</th> <th style="width: 15%;">T. Aux °C</th> <th style="width: 15%;">Glicemia</th> <th style="width: 15%;">Trauma</th> <th style="width: 15%;">APGAR</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Inicio</td> <td style="text-align: center;"><i>6:45</i></td> <td style="text-align: center;"><i>1</i></td> <td style="text-align: center;"><i>181</i></td> <td style="text-align: center;"><i>20</i></td> <td style="text-align: center;"><i>96</i></td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"><i>65 MAI 2017</i></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Fim</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>		Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR	Inicio	<i>6:45</i>	<i>1</i>	<i>181</i>	<i>20</i>	<i>96</i>		<i>65 MAI 2017</i>		Fim									DEPARTAMENTO DE SINISTROS <input type="checkbox"/> Atropelado por veículo alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV		CONTEÚDO MAS VERIFICADO		CONTAGEM	
Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Outro: <i>E</i>	Ventilação <input type="checkbox"/> M.V. Diminuido _____ <input type="checkbox"/> M.V. Ausente _____	Circulação <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente	Aval. Neurológica <input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Moise <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorréia <input type="checkbox"/> Cisternografia 																																					
SINAIS VITAIS E ESCORES <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">Hora</th> <th style="width: 15%;">P.A mm/hg</th> <th style="width: 15%;">F.C bpm</th> <th style="width: 15%;">F.R Mpm</th> <th style="width: 15%;">Sat O₂ %</th> <th style="width: 15%;">T. Aux °C</th> <th style="width: 15%;">Glicemia</th> <th style="width: 15%;">Trauma</th> <th style="width: 15%;">APGAR</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Inicio</td> <td style="text-align: center;"><i>6:45</i></td> <td style="text-align: center;"><i>1</i></td> <td style="text-align: center;"><i>181</i></td> <td style="text-align: center;"><i>20</i></td> <td style="text-align: center;"><i>96</i></td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"><i>65 MAI 2017</i></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Fim</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>		Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR	Inicio	<i>6:45</i>	<i>1</i>	<i>181</i>	<i>20</i>	<i>96</i>		<i>65 MAI 2017</i>		Fim									DEPARTAMENTO DE SINISTROS <input type="checkbox"/> Atropelado por veículo alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV											
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR																																
Inicio	<i>6:45</i>	<i>1</i>	<i>181</i>	<i>20</i>	<i>96</i>		<i>65 MAI 2017</i>																																	
Fim																																								
CONTEÚDO MAS VERIFICADO		CONTAGEM																																						
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Pele <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input checked="" type="checkbox"/> Palida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Umida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. <input type="checkbox"/> Peritônito </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tabúa <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceracão </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade </td> <td style="padding: 5px;"> Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão _____ </td> <td style="padding: 5px;"> Membros <input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Luxações _____ </td> <td colspan="3" style="padding: 5px;"> Membros <input type="checkbox"/> Fratura _____ <input type="checkbox"/> Amputação _____ </td> </tr> </table>		Pele <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input checked="" type="checkbox"/> Palida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Umida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. <input type="checkbox"/> Peritônito	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tabúa <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceracão	Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão _____	Membros <input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Luxações _____	Membros <input type="checkbox"/> Fratura _____ <input type="checkbox"/> Amputação _____			AVALIAÇÃO CARDIACAS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilar </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Fibrilação atria <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outras </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilar	<input type="checkbox"/> Fibrilação atria <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outras																					
Pele <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input checked="" type="checkbox"/> Palida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Umida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. <input type="checkbox"/> Peritônito	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tabúa <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceracão																																			
Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão _____	Membros <input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Luxações _____	Membros <input type="checkbox"/> Fratura _____ <input type="checkbox"/> Amputação _____																																					
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilar	<input type="checkbox"/> Fibrilação atria <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outras																																					
AFECCÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGRESSA		DIAGNÓSTICO																																				
<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA		<input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MORTE		<input type="checkbox"/> MÉDIA S <input type="checkbox"/> INDEFINIDADA																																				
GRAVIDADE COMPROVADA		MÉDICO <i>Ramillyn</i> <i>BR 180</i>		OUTRO																																				
INCIDENTE		Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)		MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS																																				
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:		<input type="checkbox"/> Policia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:		COMPROVADO <i>27/01/2017</i> <i>Relvap</i> <i>12:17h</i>																																				
RCP		<input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ <input type="checkbox"/> Término as: _____ <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.:		DADOS PESSOAIS DA VITIMA																																				

ALISTAMENTO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Trauma HGR <input checked="" type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Coelho e Silva <input type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros
-------------	--	---

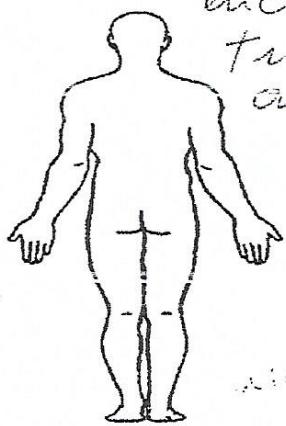
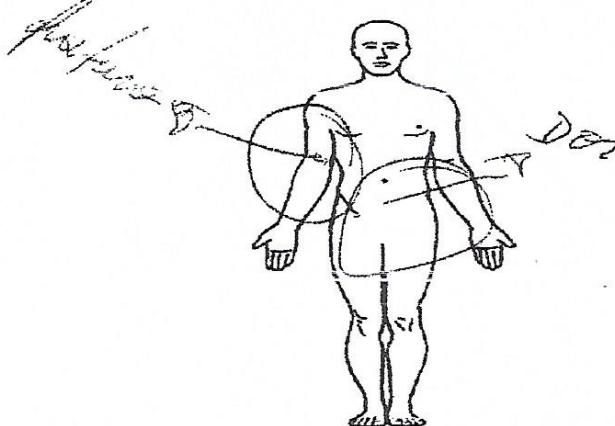
ENTENDIMENTO DO PACIENTE	Description:
	Name of Receiver:
	Function of Receiver:
TERMO DE RECUSADA	Assassinato do Receptor:
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assassinato do Paciente:
	RG: _____

Vim para se colidir moto x arvores encontradas de de cair árvore ~~de cair~~ lateral (), seu capote. Saindo da hora de cair árvore com fratura em M.S.D, queixas de dor no abdômen. feito jano S. I. J. eces fo

		ESCALA DE COMA DE GLASGOW		ESCORE DO TRAUMA	
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala		
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4 <input type="checkbox"/>	10 - 24	4 <input type="checkbox"/>
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3 <input type="checkbox"/>	25 - 55	3 <input type="checkbox"/>
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2 <input type="checkbox"/>	> 36	2 <input type="checkbox"/>
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1 <input type="checkbox"/>	01 - 09	1 <input type="checkbox"/>
Motor/Resposta Verbal	Orientado	Albulúcia	5 <input type="checkbox"/>	Frequência Respiratória (respirações/min)	0 <input type="checkbox"/>
	Confuso	Choro irritado	4 <input type="checkbox"/>	> 90	4 <input type="checkbox"/>
	Palavras inapropriadas	Choro e dor	3 <input type="checkbox"/>	70 - 89	3 <input type="checkbox"/>
	Sons ou gemidos	Gemido e dor	2 <input type="checkbox"/>	50 - 69	2 <input type="checkbox"/>
	Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	01 - 49	1 <input type="checkbox"/>
Motivação	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6 <input type="checkbox"/>	0	0 <input type="checkbox"/>
	Locanças e dor	Retira ao toque	5 <input type="checkbox"/>	14 a 15	3 <input type="checkbox"/>
	Flexão normal	Retira e dor	4 <input type="checkbox"/>	11 a 13	4 <input type="checkbox"/>
	Flexão anormal	Flexão normal	3 <input type="checkbox"/>	8 a 10	3 <input type="checkbox"/>
	Extensão a dor	Flexão anormal	2 <input type="checkbox"/>	5 a 7	2 <input type="checkbox"/>
	Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	3 a 4	1 <input type="checkbox"/>
		ESCALA DE GLASGOW		ESCORE DO TRAUMA	

Membro, fer
foco de
trauma
colar + frax
che, ossos
de VTE Ver
ficado os

(15) 55VU. Rompeu braço
& centro 17% que
encontrado no
trauma face med.
avaliada.



ORIGINAL
EM 27/01/2017
12-156

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana:	Movimentos fetais:		
Perda de líquido:	BCF:		
[] Com cartão [] Sem cartão			

01/01/2017

OK
BLOCO B

Guia de Atendimento 02
Alta: 09/01/17
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO/HG



Visto por:
Wallyson Barbosa Moura
Data: 09/01/17
Autenticação de paramédico

1700704144	01/01/2017 07:11:22	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				2
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
DAVID GENTIL DE MATOS		11/10/1982	34 A 2 M 21 D	705007439864158	70892733268	00145669
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDAD	190268	SSP/RR	12/02/2009	M	SOLTEIRO(A)	PARDA
Mãe				Pai		Naturalidade
MARIA ANTONIA GENTIL DE MATOS				NC		BOA VISTA - RR
Endereço					Contato	(95) 99172-0356
KUA - MIGUEL LUPE MARTINS - 244 - SÃO PEDRO - BOA VISTA - RR					Ocupação	-
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL					
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
09:30h. Dexlo = 120 mg/dl						
Anamnese de Enfermagem	GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h)

Paraluma moto / árvore

+ alergia

Exame Físico

Paciente alcoolizado e agitado, referindo dor abdominal e enjôos.
Anamnese: AC + BE + CL D alcoolizado E - MSD imobilizado

Hipótese Diagnóstica

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTENDIDO NÃO VERIFICADO

() ECG () OUTROS:
05 MAI 2017

APRAZAMENTO

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala:

Boa Vista - RR CEP 69001-400

Bulzado

SADT - Exames Complementares

 RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA

 ECG OUTROS:
05 MAI 2017

PRESCRIÇÃO

OBSERVAÇÃO

(1) Diprofona 2g EV agora
(2) Glicite 5ml de MSD
USG abdominal

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala:

Boa Vista - RR CEP 69001-400

07:00 h → USG não mostra
líquido na caixideira

12:20 morfina 5 mg EV agora
diluído

Ramilly Costa
Médica CRM-RR 1884

Data e Hora da Saída/Alta:

Conduta
 Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revelia
 Transferência para: Ortigádia

Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação

Óbito
Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família

IML Anatomia Patológica

Hospital Geral de Roraima
Av. BH Novo Horizonte
Autel
05 ABR. 2017
Cópia é de Reprodução Oficial
que foi feita neste Hospital

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: lucas.maia
Data Hora: 01/01/2017 07:11:51



1700704144

BOLETIM OPERATORIO

BOLETO FIM OPERAÇÃO

Data: 09/04/16 11:05

X
BOLETIM OPERATORIO

Daniel Gentil Neto

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

05 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dra Liana

2º AUXILIAR: Dr Fan R1

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS: Dr Bruno

INÍCIO:

1º auxiliar: Dr Henrique RZ

INSTRUMENTADORA: Té Natache

ANESTESIA: óxido

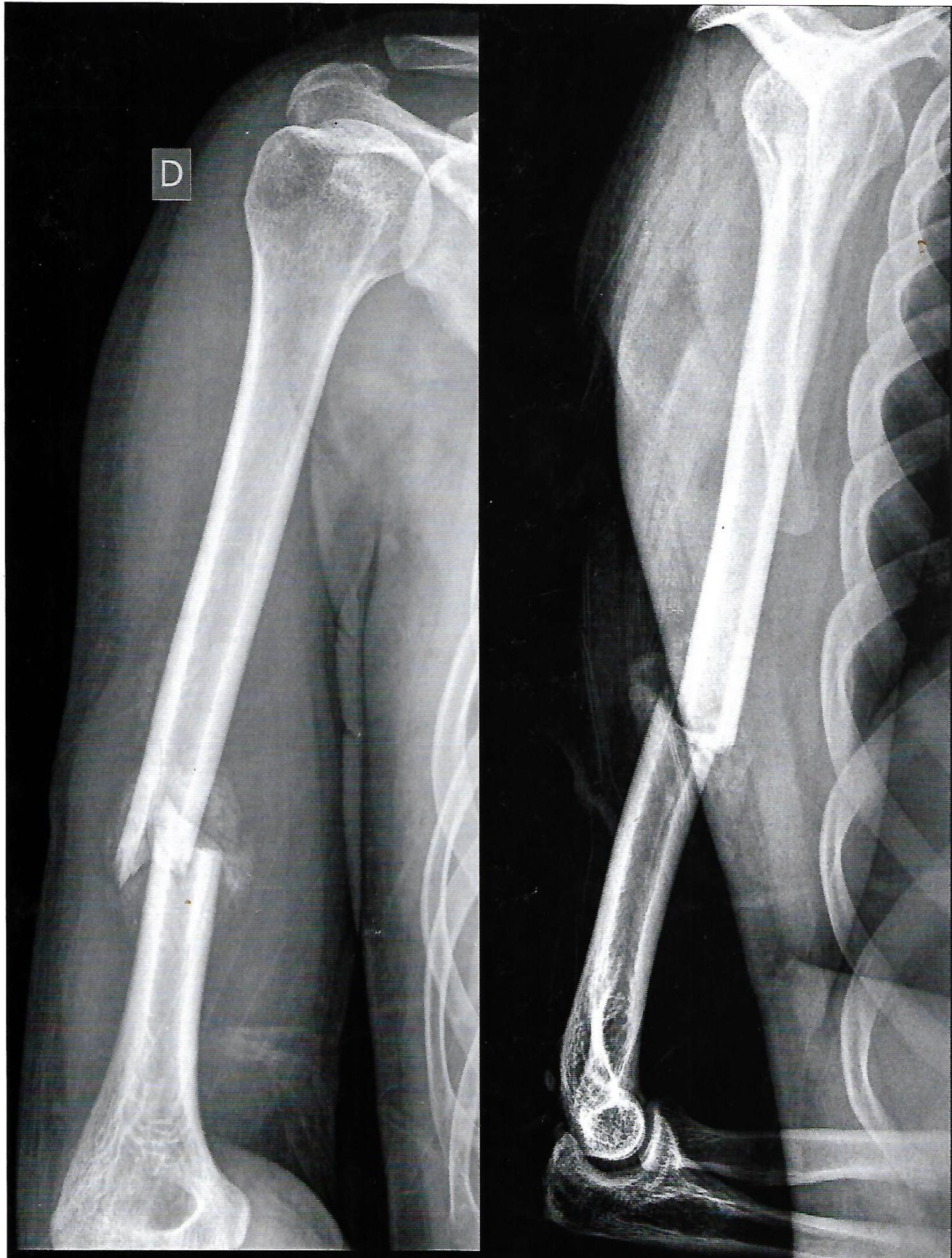
ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- Paciente em DDM + suspeita glosf
- 2- Aspirina + anti-inflamatória + tampones estériles.
- 3- Incisão mediana xifo-pubica + distensão até invadida abdominal.
- 4- Inventário: evidência de parco quantidades de sangue e grande interno no cav. de dia. Observado ainda abertura do cíclon nônico (tipo explosão) + conteúdo fecal em quantidade que varia de 10 cm de altura (feto) que tem 30 cm. distante do colostomo ilosceral



25/01/2017

66.6 %

DAVID GENTIL

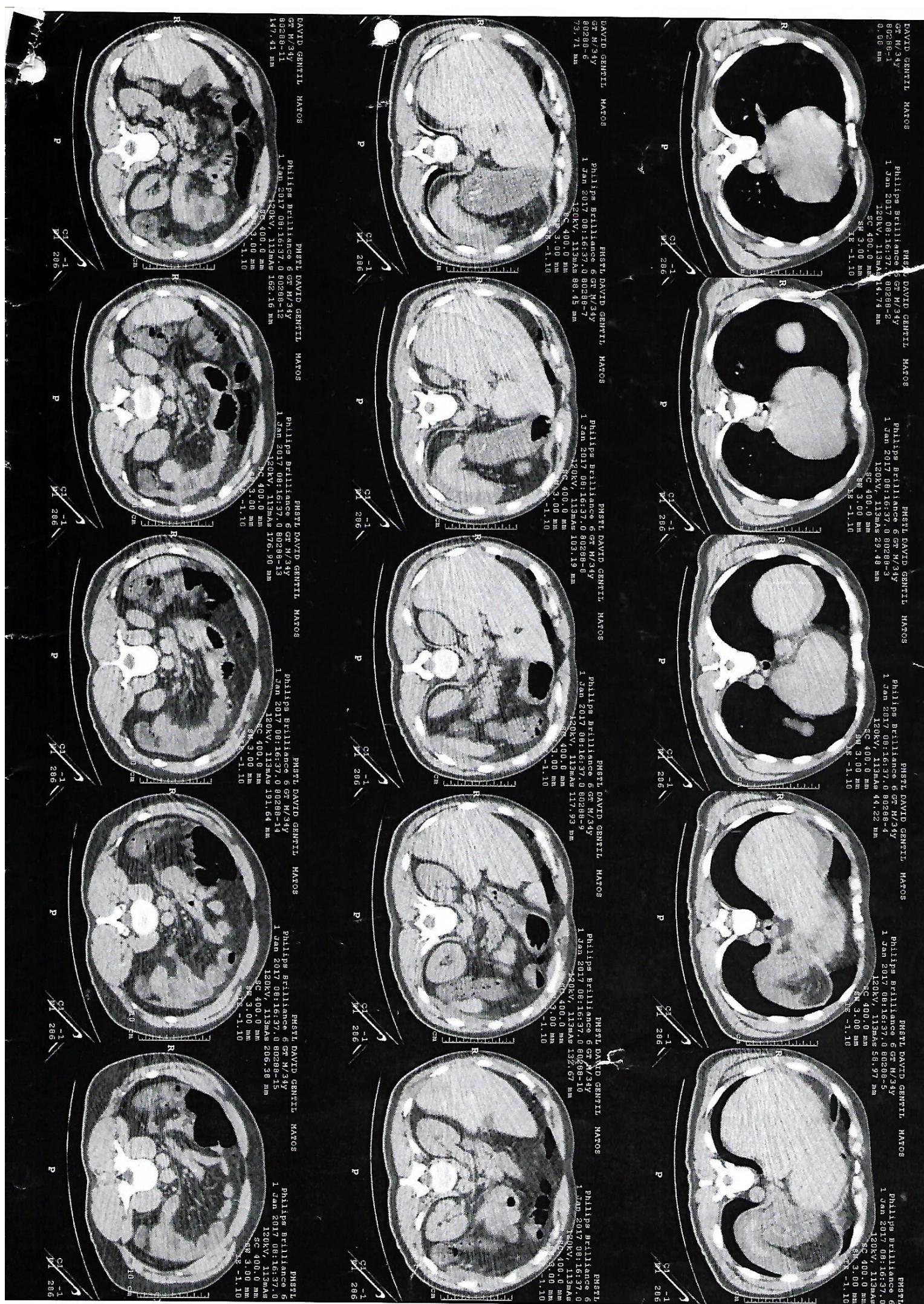
25/01/2017

1250

66.6 %

Alex

HOSPITAL CORONEL MOTA



Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garçez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B1
Regime especial de impressão autorizado pelo SERAZ 358/13

Para consultas e
Eletrobras, informe
este NÚMERO: 17740X-
Nº da Nota Fiscal: 000114518

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

NOVEMBRO/2016 16/12/2016 544 245

VANUZIA GENTIL RODRIGUES
R. MIGUEL LUIZ MARTINS 244 2 SAO PEDRO
CPF: 00051159090220
CEP: 69.305-715 - BOA VISTA

ROT: 13.001.03.06.018405

Atual:	16325	Atual:	30/11/2016
Anterior:	15781	Anterior:	31/10/2016
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:	30/12/2016
Consumo Médico:	544	Emissão:	30/11/2016
Consumo Faturado:	544	Apresentação:	30/11/2016
Fatura de Faturamento: NORMAL		Fator de Potência:	30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Sel.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	E2725833	N° 1620410	1.1.1.1	494

Mês/ano consumo	CONSUMO	VALOR DA UNIDADE DE CONSUMO	
OUT/16	479	544 A R\$ 0,414949 =	225,73
SET/16	580	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 08/16-00	0,07
AGO/16	590	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 08/16-00	0,63
JUL/16	381	MULTA POR ATRAZO DE I 08/16-00	0,58
JUN/16	380	JUROS DE MORA POR ATR 08/16-00	0,16
MAI/16	489	MULTA POR ATRAZO 08/16-00	4,87
ABR/16	488	JUROS DE MORA DE IMPO 08/16-00	4,06
MAR/16	586	ILUMINACAO PÚBLICA	13,66
FEV/16	488		
JAN/16	399		
TARIFA SEM TRIBUTOS:	0 A 544 - 0,337292		

MENSAGEM DE AVISOS DE CANCELAMENTO DE FORNECIMENTO

Mes/Año Valor R\$ Unidade consumidora suspeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 16/12/2016, em função das contas reivindicadas nessa fatura. O não pagamento pode levar ao corte e à inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existem(s) conta(s) vencida(s) e já reivindicada(s) no valor de R\$ 225,73 (doiscentos e vinte e cinco reais). O pagamento favor desconsiderar este aviso.

CARO CLIENTE, INFORMAMOS QUE SUSPENDEREMOS O ENVIO DA NOTIFICAÇÃO DE VISITA BEM SUCEDIDA A PARTIR DE AGORA, FAVOR OBSERVAR OS AVISOS CONSTANTES NAS CONTAS DE ENERGIA.

RESERVISTA APRESENTE-SE DE 09 A 16/12/16 NA 1 BRIGADA INF SL

RESERVADO AO FISCO 39FB.4CAB.9571.9D58.3052.93B8.4541.0AAF

Distribuição:	183,49	Base de Cálculo:	225,73
Energia:	0,00	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	38,37
Encargos:	0,00	Valor do PIS:	0,66
Tributos:	42,24	Valor do COFINS:	3,21

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

05 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garçez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO 122487-5 **TOTAL A PAGAR - R\$** 249,76

MÊS FATURADO 11/2016 **VENCIMENTO** 16/12/2016

Nº da Nota Fiscal: 000114518 **FCAM**

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, Dewid Gentil de Metos, brasileiro
(a), Solteiro, Servidor Púlico, portador (a) do RG nº
190.268, inscrito (a) no CPF sob o nº 708927332-68 residente e
domiciliado (a) na Rua Miguel IUPI Martins, nº 244, Bairro
São Pedro, Boa Vista-RR, CEP 69.306 - 715, telefone
nº (95) 99176-5220, DECLARA não ter condições de arcar com
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 03 de Abril de 2019.


DECLARANTE

