



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 201.96504.31-1

NÚMERO 7507360

SÉRIE 0050

UF RR

DAVID WALLDIRLAY GOMES DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



DAVID WALLDIRLAY GOMES DA SILVA

FILIAÇÃO: NAIJA COSTA GOMES

JOÃO CARLOS DA SILVA LIMA

NASCIMENTO: 04/03/1971

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: NOROCCIDENTAL - RR

DOCUMENTO: R.G. 3007513 - SEIIF / RR

LEI Nº 9.046, DE 10 DE MAIO DE 1996

CPF: 545.405.202-34

TÍT. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: SERTÃO, RUA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 25/02/2016

ZONA:

CNH:

REGIÃO:

Assinatura do titular

MANOEL ALON SOUSA FILHO

ASSINATURA DO TITULAR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

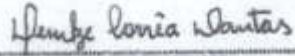
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE INTERENDE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SUP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTERIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO			
	NOME DENILEE CORREA DANTAS		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF 3142655 SSP RR		
	CPF 792.657.152-00	DATA NASCIMENTO 08/03/1979	
	FILIAÇÃO JOSE DE SOUZA CORREA EVANGELINA LOBATO DA SILVA		
	PERMISSÃO [REDACTED]	ACC [REDACTED]	CAT. HAB. B
Nº REGISTRO 04953412311		VALIDADE 20/08/2019	1ª HABILITAÇÃO 31/05/2010
OBSERVAÇÕES			
 ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA		DATA DE EMISSÃO 25/08/2014	
 DENILSON DANTAS JUNIOR Diretor - Presidente DETRAN RR ASSINATURA DO EMISOR		59564648026 RR207683212	
DETRAN-RR (RORAIMA)			

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

905314502

PROIBIDO PLASTIFICAR

905314502

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190638035 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID WALLDIRLLAY GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 16/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ ESQUERDO

Descrição do exame físico: PÉ E: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM DORSO DO PÉ + CICATRIZ GROSSEIRA EM REGIÃO MEDIAL + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIOS DE KIRSCHNER, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM INICIO DE 2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM PÉ ESQUERDO , PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190638035 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID WALLDIRLLAY GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 16/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ ESQUERDO

Descrição do exame físico: PÉ E: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM DORSO DO PÉ + CICATRIZ GROSSEIRA EM REGIÃO MEDIAL + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIOS DE KIRSCHNER, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM INICIO DE 2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM PÉ ESQUERDO , PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190638035 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID WALLDIRLLAY GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 16/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LESÕES CORTO CONTUSAS EM MEMBRO SUPERIORES -P.3.
FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR - P.3,6.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO-ALTA.
P.3,6,7.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X - VÍTIMA COM 22 ANOS./ FOLHA CIRÚRGICA-P.7.
- SOLICITADA 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: DAVID WALLADIRLLAY GOMES DA SILVA
NACIONALIDADE: NORMANDIA-RR ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: MILITAR RG: 796791-3 CPF: 345.496.202-34
ENDEREÇO: AV. BENTO BRASIN N° 2679 SÃO VICENTE

VÍTIMA: David Walladarllay Gomes da Silva
CPF: 345.496.202-34 DATA DO ACIDENTE: 16 / 11 / 18
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE N° 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidiz, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



BOA VISTA-RR, DITO de NOVEMBRO de 2018

X DAVID WALLADIRLLAY GOMES DA SILVA
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399848/19

Vítima: DAVID WALLDIRLLAY GOMES DA SILVA

CPF: 545.496.202-34

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/11/2018

Titular do CPF: DAVID WALLDIRLLAY GOMES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

DAVID WALLDIRLLAY GOMES DA SILVA : 545.496.202-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: DAVID WALLDIRLLAY GOMES DA SILVA
CPF: 545.496.202-34

DAVID WALLDIRLLAY GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190638035

Vítima: DAVID WALDIRLLAY GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAVID WALDIRLLAY GOMES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190638035

Vítima: DAVID WALLDIRLLAY GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DAVID WALLDIRLLAY GOMES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190638035

Vítima: DAVID WALDIRLLAY GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAVID WALDIRLLAY GOMES DA SILVA

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: DAVID WALDIRLLAY GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 341

Agência: 000001352

Conta: 0000045656-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorne 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



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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 sorrente 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

• 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 039128/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2019 12:32 Data/Hora Fim: 06/11/2019 12:51
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 06/11/2019
Delegado de Polícia: Fernando Bruno de Souza

DADOS DA Ocorrência

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 16/11/2018 22:00

Local do Fato

Município: Normandia (RR)
Logradouro: AV. MAURICIO ALVES

Bairro: CENTRO

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DAVID WALLDIRLLAY GOMES DA SILVA (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Normandia	Sexo: Masculino	Nasc: 04/03/1997
Profissão: Militar do Exército		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Naia Costa Gomes		Nome do Pai: João Carlos da Silva Lima	
Em Serviço: Não			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 545.496.202-34
RG - Carteira de Identidade: 396791-3

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R. TACUTUR
Complemento: CASA
Bairro: SAO VICENTE
Telefone: (95) 98400-1102 (Celular)

Nº: 246

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 946.787.232-34	Placa NAY7272
Renavam 00993730663	Número do Motor KC16E8E502539
Número do Chassi 9C2KC1680ER502539	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039128/2019

Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 25/02/2014	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvidos
David Waldirilay Gomes da Silva	Possuidor, Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

Sr. Delegado de Polícia compareceu nesta DP o comunicante acima qualificado para informar o seguinte fato: Que no dia e horário acima informado, trafegava em via pública pelo local acima citado na garupa da MOTOCICLETA PLACA NAY-7272 conduzida por Antonio Vieira da Silva Junior, quando o condutor reduziu a velocidade do veículo para fazer uma conversão a esquerda perdendo o controle do veículo vindo a cair ao solo; Que devido ao acidente o comunicante teve lesão corporal com fratura no Pé (E) sendo socorrido pelo SAMU no local do acidente e encaminhado para o hospital de Normandia, em seguida encaminhado para o PSE/HGR em Boa Vista para cuidados médicos. Era o que tinha a comunicar.

ASSINATURAS

Frank Pessoa

Frank Pessoa de Carvalho

Agente de Polícia

Matrícula 042000410

Responsável pelo Atendimento

DAVID WALDIRILAY GOMES DA SILVA

David Waldirilay Gomes da Silva

(Comunicante)

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

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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 soriente 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

• 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAVID WALLDIRLLAY GOMES DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01352

CONTA: 000000045656-8

Autenticação:

1D21FF68B733B74A3CA96F38ACEFFF6A009F0C11BCF3121B9F47126B2F3B8D83



Para contato com
a Roraima Energia,
Informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0065790-5

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEPAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003841489

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	06/11/2019	98	103,17

JAIQUEM KELEN COSTA DE OLIVEIRA
AV. RÊNTO BRASIL 2670 1 940 VICENTE

CPF: 00001359313206

CEP: 69.303-480 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual: 36240
Anterior: 36142
Dias de consumo: 33
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo medido: 98
Consumo Faturado: 98

DATAS DA LEITURA

Atual: 16/10/2019
Anterior: 13/09/2019
Próxima leitura: 16/11/2019
Emissão: 15/10/2019
Apresentação: 17/10/2019

R: 0.001.09.04.067003

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: B
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: BI
Número Medidor: E2836666
Forma de Faturamento: NORMAL
Modalidade: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA

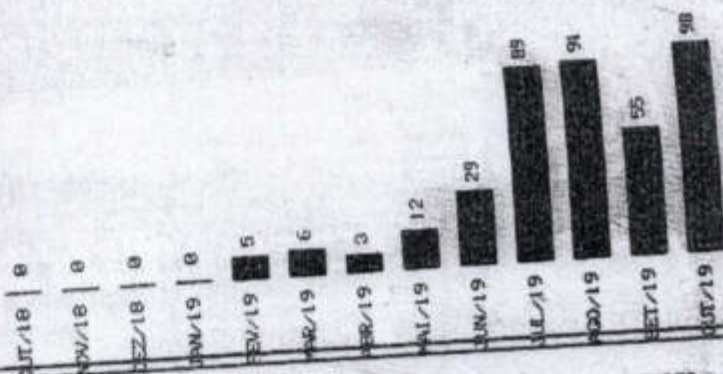
CONSUMO 98 A R\$ 0,764602 = 74,93
CORREÇÃO MONETARIA DA 08/19-00 0,02
MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00 0,75
JUROS DE MORA POR ATR 08/19-00 0,21
MULTA POR ATRASO 08/19-00 1,40
JUROS DE MORA DE IMPO 08/19-00 0,58
ILUMINACAO PUBLICA 25,28

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 98 - 0,634620

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER
A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 15/10/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
 Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a manter o cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Denilze Corrêa Dantas
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.652.152 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Daniel Wallduvillay Gomes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 545.496.202.34
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Daniel Wallduvillay Gomes da Silva
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 545.496.202 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
 Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. General Ataíde Teive</u>	Número: <u>2748</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Liberdade</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>liderboavista.pendencia@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.309-000</u>	Tel (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>

Local e Data: Boa Vista - RR 11 de novembro 2019

Denilze Corrêa Dantas
 Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: **BRAVO** EQUIPE: **Lea. Juliana condutor Vanusman**
Paciente: **NORMANDIA** Idade: **21** Sexo: ☒ M ☐ F
Nacionalidade: **Brasileira** Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia
Endereço: **Mox Bar e restaurante de lanch**
Ponto de referência: **Mox Bar e restaurante de lanch**

CHAMADA

Nº da Ocorrência: **21388** DATA: **16/11/18** AÇÃOAMENTO: **22:11**
HORA CHEGADA NO LOCAL (JTB): **22:15**
Médico (a) Regulador (a): **Anete** REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS ☐

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS ☐
MECANISMO DE TRAUMA
AUTOMÓVEL: ☐ Uso do cinto ☐ SIM ☒ NÃO ☐ Vítima projetada ☐ Vítima encarcerada ☐ Air Bag
MOTO/BICICLETA: ☒ Acidente com moto X ☐ Com capacete ☐ Sem capacete ☐ condutor ☐ passageiro
Bicicleta queda de Bicicleta ☐ queda de Bicicleta
VIOLENCIA: ☐ Agressão Física ☐ Espancamento ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tentativa de suicídio ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual
OUTROS: ☐ Acidente de Trabalho ☐ Local ☐ Trajet ☐ Queda, Alt. Aprox.: ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agent ☐ Agressão p/ anim ☐ Outros: ☐

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

AVIAÇÃO INICIAL
Vias Aéreas: ☐ Apneia ☐ Bradipneia ☐ Dispneia ☐ Eupneico ☐ Obstruída ☐ Resp. Ruidosa ☐ Taquipneia
Abolida ☐ Ferida Aspirativa ☐ Hipertimpanismo ☐ M.V. Ausente ☐ M.V. Diminuído ☐ Marceiz **Presente**
Circulação: ☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia **Normocardia**
SINAIS VITAIS E ESCORES
Hors: **22:19** P.A. mmHg: **120/90** P.C bpm: **89** F.R bpm: **19** Sat O₂ %: **99** Temp.: **36** Esc. visual anal. EVA "DOR": ☐ Glicemia: ☐

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vitima)

AVIAÇÃO SECUNDÁRIA
Pele: ☐ Cianótica ☐ Corado ☐ Fria ☐ Palida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca
Cabeça: ☐ Afundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração
Face: ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Panimento ocular
Pescoço: ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações
Tórax: ☐ Esporões ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax instável
Membros: ☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Esmagamento ☐ Avasão
Pelve: ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Deformidade
Coluna Dorsal: ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Deformidade
AVALIAÇÃO CARDIACA: ☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Etiliter ☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Asistolia
AÇÃO CLÍNICA: ☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória ☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infeciosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ HAS ☐ Sequela AVC
HISTÓRIA PEGRESSA: ☐ Medicac

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ OBITO ☐ INDETERMINADA
INCIDENTE: ☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trote ☐ Recusa de Atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local ☐ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF ☐ Guarda Municipal ☐ Bombeiro ☐ DETRAN
RCP: ☐ Iniciada as ☐ RCP com sucesso ☐ RCP não realizado ☐ OBS: ☐ RCP sem sucesso
DESTINO: ☐ Atendido no local ☐ Pronto Atendimento - PAAR ☐ Grande Trauma - GT ☐ Hosp. Coronel Mota - HCM ☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS ☐ Hosp. Saptio Antônio - HCSA ☐ HMINSA ☐ Hosp. Das Clinica ☐ Hosp. Lotte Iris - t ☐ M. Outros **H.R.V**

Cassiano Sperandio Porto
Médico

CRM/RR.1190 Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro

Descrição:
Nome do Receptor:
Função do Receptor:
Assinatura do Receptor:
Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Bos Vista, nesta oportunidade.
Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE

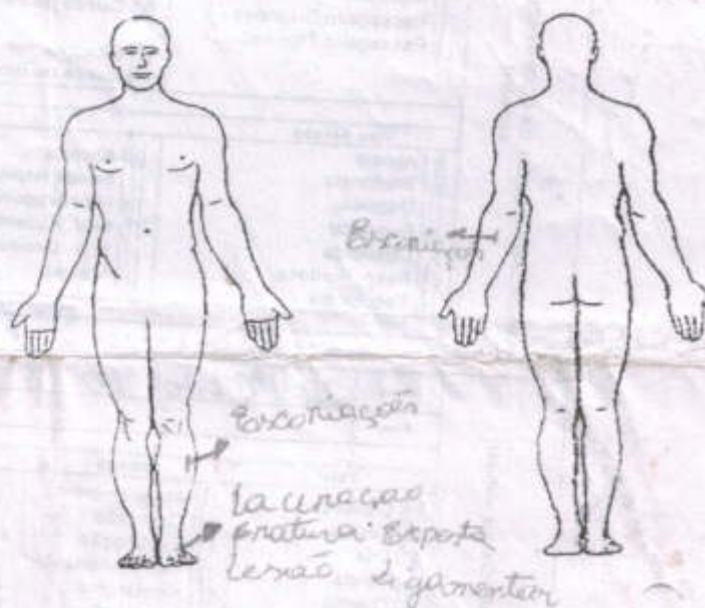
p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____
rda de líquido: _____ BCF: _____
Com cântaro: ☐ Sem cântaro

MATERIAL E MEDICAÇÃO

02 - Soro fisiológico 250ML
03 - pacote de gases esteril
04 - pares de luva de procedimento
01 - atadura de 10cm

Item Ocular (O):	Espondilose	4 pontos
	Estimulo verbal	3 pontos
	Estimulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
Item Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	4 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (normal)	4 pontos
	Flexão anormal (deformação)	3 pontos
	Extensão (desencolimento)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
Item Verbal (V):	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras incoerentes	3 pontos
	Sem resposta	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto

TOTAL DE PONTOS



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente vítima de acidente de moto, apresenta ferimento
diversos em região medial do pé "E", com fratura
Exposta + lesão ligamentar, Exatidão em antebraço
Esquerdo e perna Esquerda, foi removido para o
Hospital Rta. Anterior para avaliação médica.

Juliane de Almeida Bezerra
Téc. Enfermagem
COREN-PR 847.874
Assinatura e Carimbo do profissional

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação / Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

NOTURNO 19

1801035887 17/11/2018 01:45:43 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: DAVID WALLDIRLLAY GOMES DA SILVA Data Nascimento: 04/03/1997 Idade: 21 A 8 M 13 D CNS: CPF: 07 Contatário

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão: Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Naturalidade: Nacionalidade: BRASILEIRA

Mãe: NAIA COSTA GOMES Pai: NI Ocupação:

Endereço: RUA - RUA TACUTU - 246 - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:

Motivo do Atendimento: SPA - PRONTO ATENDIM Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: AMBULANCIA (HOSPITAL) Procedimento Sol.: Registrado por: KAREN GARCIA

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: *Acidente de Moto*

GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Fratura exposta da Torça da C
Contusões e hematomas em membros

Exame Físico: *BEG LOT + ASA ACUL + RPS*

Hipótese Diagnóstica:

SADT - Exames Complementares: ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
① Cefalotina 2gr EV		
② Paracetamol 40mg EV		
③ Dipirona 2gr EV		
④ T + OSnel I M		
⑤ Curativo		

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para: *Ortopedia*

☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação

Data e Hora da Saída Alta: 15 FEV 2019

óbito: ☐ Sim ☒ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☒ Não

Assinatura do Paciente ou Responsável: _____ Carimbo e Assinatura do Médico: _____

Impresso por: karen.garcia
Data Hora: 17/11/2018 01:51:01

© 2018
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308
Boa Vista - RR, 69000-000

Leve a grava e por to
mole em um pedaço
de Fe Esquente, associado
a fratura e por to da
disfunção

JK

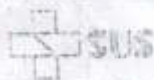
- ① gentamicina 240g (E) por
- ② Clindamicina 600g (E) por
- ③

Pedro Carlos Esmeraldo Junior
Médico CRM 1508

no Centro e por



BLOCO D



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CHPJ DA SEGURADORA

35 - N° DO BILHETE

36 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - CHPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0408050454

5923

V299



NOME: David Wladimir Gomes da Silva / 2 anos Nº: _____
DATA: 10 / 11 / 2018 ESPECIALIDADE: Otorrinolaringologia
OBSERVAÇÃO: _____
MÉDICO: _____

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL Paciente vítima de acidente motociclístico em 22:30h.
Apresentando ferimento ulcerante em região medial do pé exp.
Com Testes expostos + lesão ligamentar. Exatidão superficial
em antebraço @ e perna @; Fístula U2 do Ovario.

EXAME FÍSICO
Boca, pele, Cauda, Membros
P.A.: 36,5°C, P.R.: 110 bpm
F.A.: 170 @ 2 HTV, F.R.: 20 / min
M.S.: Inteiro
Obs: Int. Dificuldade
transcorrer
aproximado

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
ulceras / Testes expostos pr' exposto

CONDUTA
fundos para Otorrinolaringologia

CONTRA REFERÊNCIA

SUMÓ CLÍNICO

ENCAMINHAMENTO
EMERGÊNCIA (☒)
INTERNAÇÃO ()
REDE BÁSICA ()

DATA: 10 / 11 / 2018

João Mendes - 20

23:00h.

Castano Sperandio Panto
Médico
CRM/RR: 1190

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM



BOLETIM OPERATÓRIO

David Walldinloy Gama da Sil

Data: 24/11/23

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Justiça a lesão apical de 1º molar p/ (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Ext. Cir. Just. lux. 1º molar (E)

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Cirurgia de Cusiforme uncial + remoção de parte uncial

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente em DDH com angustia;
2. AA + CCE;
3. LMC uncial com SKOP + passagem de FK 3.0 angustia
o 1º HTT e o cusiforme uncial e angustia o 2º HTT e o
cusiforme uncial;
4. Redução uncial + Controle microscópico + Sutura da
pau + amotiva;
5. A LPA.