

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2644413920200221152141

Processo 0800091-60.2020.8.23.0060 ☆ - (16
dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à

Descrição:

7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7

500 por pág. ▾1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO LUIZ DO ANAUA/RR

Processo: 08000916020208230060

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ISMAEL SARAIVA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **22/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 13/08/2019.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA

DA AUSÊNCIA DE DATA NA PROCURAÇÃO ACOSTADA AOS AUTOS

Verifica-se que o instrumento de mandato outorgado ao advogado da parte Autora, viola a regra esculpida no art. 104 do CPC, tendo em vista a ausência de data na procuração acostada aos autos.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte para sanar o vício contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração válida não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700081

Cidade: São Luiz

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

Data do acidente: 22/07/2019

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁG 3/5_CIRURGIA

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(…) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 22/07/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:

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:	27/12/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04252

CONTA: 000000011098-5

Nr. da Autenticação 5626788561CC13EB

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca da forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ **art. 1º . (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SAO LUIZ DO ANAUA, 10 de fevereiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ISMAEL SARAIVA DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **SAO LUIZ DO ANAUA**, nos autos do Processo nº 08000916020208230060.

Rio de Janeiro, 10 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
23/09/2019 - AUTO-ATENDIMENTO - 16.45 05
3783403783

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: OLIVEIRA & ARAUJO LTDA

AGENCIA: 3783-4 CONTA: 23.456-7

EFETUADO POR: MACIEL M ARAUJO

Convenio BOA VISTA ENERGIA

Codigo de Barras 83630000000-4 26810075000-2
00000000531-4 39020919008-6

Data do pagamento 23/09/2019
Valor Total 26,81

DOCUMENTO: 092307

AUTENTICACAO SISBB:

F.CDF.AB2.2C8.EF2.386



Para contato
consulte o número
deste documento

SEU CÓDIGO

0531390-2

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 268/13

Nº da Nota Fiscal 003707257

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR
SETEMBRO/2019	06/10/2019	50	26,81

ISMAEL SARAIVA DA SILVA

V. VIC 34 RURAL

CPF: 00038275570204

CEP: 69.378-000 - CAROBE

ROT: 412.060.12.62.0

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	1382	Atual:	20/09/2019
Anterior:	1382	Anterior:	22/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	20/10/2019
Consumo Medido:	0	Emissão:	19/09/2019
Consumo Faturado:	50	Apresentação:	20/09/2019
MINIMO		29	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Class/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Fat	Média 12 m
RURAL	BI	T081713453		4.2.2.2	5
HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA			
Mês/ano consumo		CONSUMO	50 A R\$ 0,536282 = 26,81		
AGO/19	0				
JUL/19	57				
JUN/19	56				
MAY/19	57				
ABR/19	66				
MAR/19	65				
FEV/19	87				
JAN/19	64				
DEZ/18	25				
NOV/18	41				
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
2 A 50 - R.442,40					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800707257 PARA O CASO DE VENCIMENTO EM 10/10/2019. Parabéns! Até o dia 19/09/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AO FISCO 781A.C127.03C9.6563.A139.AA64.43EA.ADAC

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	0,00	Base de Cálculo:	26,81
Energia:	14,59	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	4,55
Encargos:	0,75	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	4,58	Valor do COFINS:	0,03

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00			0,00				0,00
07/2019 0,00							

ROT: 412.060.12.62.016000



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0531390-2

TOTAL A PAGAR - R\$

26,81

MÊS FATURADO

09/2019

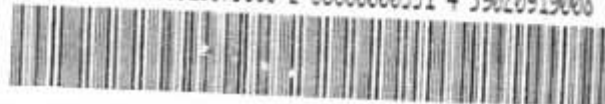
VENCIMENTO

06/10/2019

Nº da Nota Fiscal:

003707257 FCAH

83630000000-4 26810075000-2 00000000531-4 39020919008-6



SEQ.: 00056 UC: 0531390-2 DT.LEIT.: 20/09/2019 T.ENTR.: 01
LEITURA: 1382 MINIMO TOTAL: 26,81 CARGA: 001
DT.VENC.: 06/10/2019 IRREG.: 030 COLETOR: 3082



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4005360

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

R. CAPELLA, 882, LT 402

CIDADE SATELITE

69317492 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1040650	MÊS 11/2019	PERÍODO DE CONSUMO 14-OCT-19 a 11-NOV-19
CONSUMO (kWh) 469	VENCIMENTO 01-DEC-19	TOTAL A PAGAR R\$ 955,07

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1040650	MÊS 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 955,07
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836800000090.550700750007.000000001040.065011190058



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, 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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir 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 Francisca Sousa do Nascimento

inscrito (a) no CPF/CNPJ 606.934.792 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Imanol Saraiva da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.755.702 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vítima Imanol Saraiva da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.755.702 / 04, 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: Rua: Capella, LT: 403		Número: 882	Complemento:
Bairro: Cidade Satélite	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69.317-492
E-mail: franciscasnascimento@hotmail.com			Tel. (DDD): (95) 99131-1149

Local e Data: Boa Vista - RR, 05 de Dezembro de 2019


Assinatura do Declarante

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO	DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE PRONTUÁRIO
	22	07	2019	12:29	

01		DADOS DO (A) PACIENTE:				REGISTRADO POR:	
NOME DO PACIENTE:		Imael Saraiva da Silva				SEXO: M (X) / F ()	
DATA NASC	Idade:	Documento de Identificação	C.P.F.	OUTROS: ()		ETNIA:	
10/06/1975	43	134072	3827555-2274				
Logradouro e Nº		CARTÃO DO SUS Nº (CNS):		ESTADO CIVIL:			
E. Amazonas S/N		724602112654324		Casado			
Bairro:		Município:		UF:		CEP:	
Centro		Rorainópolis		RR		05.370-010/0001-00	
FILIAÇÃO		PAI		MÃE			
		Manoel Felix de Oliveira		Francineia Saraiva Lima			
02 DO ACIDENTE:							
☐ RESIDÊNCIA		☐ VIA PÚBLICA		☐ TRABALHO		☐ TRÂNSITO	
03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA:		☐ OUTROS (DESCREVER)					
☐ TRANSPORTADO		☐ DE AMBULÂNCIA		☐ REMOVIDO		☐ OUTROS (DESCREVER)	
Outros (descrever)		CEP: 69.370-970					
		RORAINÓPOLIS - RR					

TEMP: PESO / Kg: P.A. X m.m.Hg.

05 SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:					OBSERVAÇÕES	
PROFISSÃO						
DIA	MÊS	ANO	HORA			
			12:30			

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:

RESUMO CLÍNICO: Colisão moto x carro e fratura exposta em perna (E).

EXAME FÍSICO:

EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):

RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):

DIAGNÓSTICO:

PROVAVEL: HOP: refere "arbitrário sept. es" em gacac.

DEFINITIVO: e há alguns anos a nie e gacac.

08 DO (A) PACIENTE:

REMOVIDO (A) PARA:

INTERNADO NO (A):

TRANSFERRIDO DO HOSPITAL DE

SAC LUZ para RORAINÓPOLIS.

Alto

Antes do primeiro atendimento? () Sim () Não.

Destino: () Família () IML.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Rubrica do Médico



GUIA DE ENCAMINHAMENTO - SA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA INTEGRADA DO BRASIL"☐ ANÁLISES CLÍNICAS ☐ RADIOLOGIA ☐ OUTROS

PRONTUÁRIO N°

NOME DO PACIENTE <i>Renato Pereira do Silva</i>		DATA DE NASCIMENTO		IDENTIFICAÇÃO	
ENDEREÇO		CIDADE		UF	TELEFONE
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA <i>FX Perna (E)</i>					
ÁREA OU SEGMENTO A SER EXAMINADO					
EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS					
ASSINATURA, CRM E CARIMBO DO MEDICANTE <i>Wellington Alves de L. Junior</i> Av. São João nº 1048 - Cent. CRM/RR 1817		DATA DE EMISSÃO <i>22/02/19</i>		UNIDADE SOLICITANTE	
AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO		ENCAMINHADO PARA		ENDEREÇO	
ASSINATURA E CARIMBO				CIDADE	UF

ESTA GUIA TEM VALIDADE POR 30 (TRINTA DIAS)
A PARTIR A DATA DE SUA EMISSÃO

Confere
em original



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Arnaldo Saraiva da Silva</i>	APT° OU LEITO	N° DO PRONTUÁRIO	DATA <i>22/07/2019</i>
---	---------------	------------------	---------------------------

CIRURGIA TIPO <i>Fratura exposta da tibia fibula (ortomantese)</i>		TEMPO DE DURAÇÃO	
		INÍCIO <i>13:40</i>	FIM <i>16:20</i>
		TEMPO TOTAL	

CIRURGIÃO <i>Costa</i>		EQUIPE MÉDICA	
1° AUXILIAR <i>Aldeia Regina</i>		ANESTESISTA <i>Aldeia Regina</i>	
2° AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
		CIRCULANTE <i>Aldeia Regina</i>	
TIPO DE ANESTESIA <i>Raquiocaudal</i>			

QUANT	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	TEMPO DE DURAÇÃO	VALOR
	CATGUT SIMPLES N°			MEDICAMENTOS	
	CATGUT SIMPLES N°			cateter nasal	
	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATGUT N°			FRASCO - SORO FISIOLÓGICO %cc	
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO	
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FRASCO SORO GLICOSA %cc	
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			XILOCAÍNA %cc	
	FIOS DE SEDA N°			FLAXEDIL <i>Bupivacaína + glicose</i>	
	FIOS DE ALGODÃO N°			FLUOTHANE	
	MONONYLON COM AGULHA			PENTRANE	
	MONONYLON SEM AGULHA			ENTRANE	
	UNIDADES DE GAZE			ÉTER	
	PARES DE LUVAS N° 7-5			ATROPINA	
	EQUIPOS PARA SORO			PROSTGME	
	ROLOS DE ESPALMADO			THIONEMBUTA	
	DRENOS N°			MARCAÍNA	
	SONDAS N°			INCOVAL	
	AGULHAS			GLICOSE %	
	COMPRESSAS			ÁGUA OXIGENADA	
	LÂMINAS PARA BISTURI			MERTHIOLATE	
	<i>Algodão</i>			MERCÚRIO CROMO	
	<i>Rolo de algodão P/ pino</i>			<i>FRASCO de H2O2 10% 500 ML</i>	
SOMA				SOMA	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE				



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 22.07.19

CC: _____

Conteúdo
com original

05.370.016/0001-00

Nº 05

CEP: 69.370-970

BR 174 - km 1,5

CEP: 69.370-970

RORAINÓPOLIS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

Proteção expal. Ortos
jéme. E

CIRURGIÃO: _____

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

① Paciente D.H.S.E.N

② Supra / A tempo / 1 hora / 1 hora / 1 hora

③ encontro: paciente transferido do interior, vítima de acidente de alto nível, fratura cominada de Tibia com fratura fechada proximal (algum tom) e fratura segmentar com ampla lesão em parte mola, e os em USB.

O exame de sangue: 19,5% e 1,5% de hemoglobina + de hematócrito. com 10% de de hemoglobina.

Sinal sarauá da silva.

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

{ Midazolam (5mg) (13:40h) Satuf.
Ketalar (50mg) (13:40h) Satuf.

N° ASA II.

22/10/1999.

EMERGÊNCIA	N 20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
DA	340	340	340	340	340	340	340	340	340	340	340	340	340	340	340	340	340
X	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
UO	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
X	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
OP	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
O	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
TEMP	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
ASPIR.	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
A	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
RESP	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
O	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Export																	
Axial																	
Coron																	
EMBOLOS																	

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A. Midazolam 5mg		# BSA
B. Ketalar 50mg		# Ketalar
C. Flaxid 2mg		# Flaxid
D. Midazolam 5mg		# BSA
E. Midazolam 5mg		# BSA
F. Midazolam 5mg		# BSA
G. Midazolam 5mg		# BSA
GLUCOSE	LIQUIDOS 500 = 11	
HCO		
SANGUE		
TOTAL	2000ml	
OPERAÇÃO	18:40h - 18:55h	

ANOTAÇÕES

22

Trat. Fratura exposta Perna C.

Laringe - Espasmo - Excesso Seco
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - VômitoHemorragia - Antena
Bord. Tequeante - Dolor

ANESTESIA Dr. Atalia Basso Médico Anestesiologista CRM-1265/RR

CÓDIGO

CIRURGIÃO

Dr. Cantar / 22/10/99

PERDA SANGÜÍNEA

Compatível.

05.270.018/0001-20

Controle com original

RORAIMÓPOLIS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

moço 02

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

USMAC. DA SILVA.

Confere
com original.

DATA HORA

PRESCRIÇÃO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

OBSERVAÇÕES:

05.379.018/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

Bi 14-10-95

CEP: 69.270-970

RORAIMA

12

RR

22

1) Dieto livre op. lib. por 24h com C.C.

2) 150, 550 ml e 810h

3) 02. 200mg de analg. e 810h

4) 16. 100mg de 810h.

5) 16. 100mg de 810h.

6) 16. 100mg de 810h.

7) 16. 100mg de 810h.

8) 16. 100mg de 810h.

9) 16. 100mg de 810h.

10) 16. 100mg de 810h.

11) 16. 100mg de 810h.

12) 16. 100mg de 810h.

13) 16. 100mg de 810h.

14) 16. 100mg de 810h.

15) 16. 100mg de 810h.

Atenção clínica pela enfermagem 15h.

USMAC



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

QUARTO:

LEITO:

ja

Nº REGISTRADO:

NOME DO PACIENTE:

15 MAR. DA SLIC

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:	Prescrição:	05.310.0160001-00 HOSPITAL REY JOSE LUIZ GOVERNADOR LUIZ DA SILVA - RATO	RELATORIO DE ENFERMAGEM
			HORARIO: OBSERVAÇÕES:
24/01/2021	Conferir com original	Br. 174 - Km 468 CEP: 69.370-970 RORAIMA RR	SUB
01/02/2021			Manutenção
02/02/2021			24/01/2021
03/02/2021			24/01/2021
04/02/2021			24/01/2021
05/02/2021			24/01/2021
06/02/2021			24/01/2021
07/02/2021			24/01/2021
08/02/2021			24/01/2021
09/02/2021			24/01/2021
10/02/2021			24/01/2021
11/02/2021			24/01/2021
12/02/2021			24/01/2021
13/02/2021			24/01/2021
14/02/2021			24/01/2021
15/02/2021			24/01/2021
16/02/2021			24/01/2021
17/02/2021			24/01/2021
18/02/2021			24/01/2021
19/02/2021			24/01/2021
20/02/2021			24/01/2021
21/02/2021			24/01/2021
22/02/2021			24/01/2021
23/02/2021			24/01/2021
24/02/2021			24/01/2021
25/02/2021			24/01/2021
26/02/2021			24/01/2021
27/02/2021			24/01/2021
28/02/2021			24/01/2021
29/02/2021			24/01/2021
30/02/2021			24/01/2021



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO: 19

LEITO:

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

WALLACE DA SILVA

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

RELATORIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES:	
HORÁRIO:	CONFÉRIA	CONFÉRIA	CONFÉRIA
07:00	07:00	07:00	07:00
08:00	08:00	08:00	08:00
09:00	09:00	09:00	09:00
10:00	10:00	10:00	10:00
11:00	11:00	11:00	11:00
12:00	12:00	12:00	12:00
13:00	13:00	13:00	13:00
14:00	14:00	14:00	14:00
15:00	15:00	15:00	15:00
16:00	16:00	16:00	16:00
17:00	17:00	17:00	17:00
18:00	18:00	18:00	18:00
19:00	19:00	19:00	19:00
20:00	20:00	20:00	20:00
21:00	21:00	21:00	21:00
22:00	22:00	22:00	22:00
23:00	23:00	23:00	23:00
24:00	24:00	24:00	24:00
25:00	25:00	25:00	25:00
26:00	26:00	26:00	26:00
27:00	27:00	27:00	27:00
28:00	28:00	28:00	28:00
29:00	29:00	29:00	29:00
30:00	30:00	30:00	30:00
31:00	31:00	31:00	31:00
32:00	32:00	32:00	32:00
33:00	33:00	33:00	33:00
34:00	34:00	34:00	34:00
35:00	35:00	35:00	35:00
36:00	36:00	36:00	36:00
37:00	37:00	37:00	37:00
38:00	38:00	38:00	38:00
39:00	39:00	39:00	39:00
40:00	40:00	40:00	40:00
41:00	41:00	41:00	41:00
42:00	42:00	42:00	42:00
43:00	43:00	43:00	43:00
44:00	44:00	44:00	44:00
45:00	45:00	45:00	45:00
46:00	46:00	46:00	46:00
47:00	47:00	47:00	47:00
48:00	48:00	48:00	48:00
49:00	49:00	49:00	49:00
50:00	50:00	50:00	50:00
51:00	51:00	51:00	51:00
52:00	52:00	52:00	52:00
53:00	53:00	53:00	53:00
54:00	54:00	54:00	54:00
55:00	55:00	55:00	55:00
56:00	56:00	56:00	56:00
57:00	57:00	57:00	57:00
58:00	58:00	58:00	58:00
59:00	59:00	59:00	59:00
60:00	60:00	60:00	60:00
61:00	61:00	61:00	61:00
62:00	62:00	62:00	62:00
63:00	63:00	63:00	63:00
64:00	64:00	64:00	64:00
65:00	65:00	65:00	65:00
66:00	66:00	66:00	66:00
67:00	67:00	67:00	67:00
68:00	68:00	68:00	68:00
69:00	69:00	69:00	69:00
70:00	70:00	70:00	70:00
71:00	71:00	71:00	71:00
72:00	72:00	72:00	72:00
73:00	73:00	73:00	73:00
74:00	74:00	74:00	74:00
75:00	75:00	75:00	75:00
76:00	76:00	76:00	76:00
77:00	77:00	77:00	77:00
78:00	78:00	78:00	78:00
79:00	79:00	79:00	79:00
80:00	80:00	80:00	80:00
81:00	81:00	81:00	81:00
82:00	82:00	82:00	82:00
83:00	83:00	83:00	83:00
84:00	84:00	84:00	84:00
85:00	85:00	85:00	85:00
86:00	86:00	86:00	86:00
87:00	87:00	87:00	87:00
88:00	88:00	88:00	88:00
89:00	89:00	89:00	89:00
90:00	90:00	90:00	90:00
91:00	91:00	91:00	91:00
92:00	92:00	92:00	92:00
93:00	93:00	93:00	93:00
94:00	94:00	94:00	94:00
95:00	95:00	95:00	95:00
96:00	96:00	96:00	96:00
97:00	97:00	97:00	97:00
98:00	98:00	98:00	98:00
99:00	99:00	99:00	99:00
100:00	100:00	100:00	100:00

Gustavo F. Machado
Ortopedista
CRM-RR 1258

Verso, 14/06/2014



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:
NOME DO PACIENTE: ISMAEL DA SILVA			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:			
DATA HORA:	PRESCRIÇÃO:	RELATORIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO:	OBSERVAÇÕES:
20/01/2014	2. Dolo Sore		
21/01/2014	3. Soro 500ml a pip 1	14h	13h
22/01/2014	4. catg. cloro 1/2 a pip 1	14h	22h
23/01/2014	5. med. bron. 0,25 a pip 1	14h	22h
24/01/2014	6. gela. cinc. 24h a pip 1	14h	22h
25/01/2014	7. catg. com FIRMISSE	14h	22h
26/01/2014	8. Dip. gram. 2 a pip 1	14h	22h
27/01/2014	9. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
28/01/2014	10. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
29/01/2014	11. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
30/01/2014	12. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
31/01/2014	13. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
01/02/2014	14. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
02/02/2014	15. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
03/02/2014	16. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
04/02/2014	17. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
05/02/2014	18. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
06/02/2014	19. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
07/02/2014	20. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
08/02/2014	21. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
09/02/2014	22. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
10/02/2014	23. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
11/02/2014	24. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
12/02/2014	25. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
13/02/2014	26. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
14/02/2014	27. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
15/02/2014	28. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
16/02/2014	29. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
17/02/2014	30. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
18/02/2014	31. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
19/02/2014	32. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
20/02/2014	33. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
21/02/2014	34. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
22/02/2014	35. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
23/02/2014	36. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
24/02/2014	37. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
25/02/2014	38. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
26/02/2014	39. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
27/02/2014	40. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
28/02/2014	41. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
29/02/2014	42. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
01/03/2014	43. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
02/03/2014	44. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
03/03/2014	45. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
04/03/2014	46. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
05/03/2014	47. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
06/03/2014	48. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
07/03/2014	49. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
08/03/2014	50. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
09/03/2014	51. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
10/03/2014	52. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
11/03/2014	53. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
12/03/2014	54. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
13/03/2014	55. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
14/03/2014	56. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
15/03/2014	57. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
16/03/2014	58. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
17/03/2014	59. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
18/03/2014	60. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
19/03/2014	61. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
20/03/2014	62. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
21/03/2014	63. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
22/03/2014	64. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
23/03/2014	65. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
24/03/2014	66. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
25/03/2014	67. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
26/03/2014	68. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
27/03/2014	69. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
28/03/2014	70. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
29/03/2014	71. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
30/03/2014	72. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
31/03/2014	73. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
01/04/2014	74. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
02/04/2014	75. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
03/04/2014	76. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
04/04/2014	77. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
05/04/2014	78. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
06/04/2014	79. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
07/04/2014	80. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
08/04/2014	81. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
09/04/2014	82. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
10/04/2014	83. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
11/04/2014	84. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
12/04/2014	85. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
13/04/2014	86. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
14/04/2014	87. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
15/04/2014	88. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
16/04/2014	89. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
17/04/2014	90. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
18/04/2014	91. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
19/04/2014	92. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
20/04/2014	93. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
21/04/2014	94. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
22/04/2014	95. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
23/04/2014	96. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
24/04/2014	97. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
25/04/2014	98. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
26/04/2014	99. Soro 500ml a pip 1	14h	22h
27/04/2014	100. Soro 500ml a pip 1	14h	22h

Dr. Gustavo Furtado
Ortopedia
CRM 1258

To limpar para remissão de inflamação
conduto mal do

VASC

CLP: 63.370-970

RORAIMÓPOLIS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SEI TOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORARIO:

OBSERVAÇÕES:

SND

05.370.016/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

10.10.2010

PROFISSIONAIS

RL

TOR

T.

P.

Q.

SA

Dr. Gustavo P. P. P.

01/10/2010

CEMEX 1250

CONTO

COM ORIGEM

12	360	68	20	110x90
18	364	104	48	110x128
24	368	160	80	130x160
01	36	92	20	120x60

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

LEITO:

N° REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

15.2.14 PL PA - 5 10 40

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA, HORA:

PRESCRIÇÃO:

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

OBSERVAÇÕES:

Dr. L. L. L.

26

22 Feb 5000 2081

42

② T. L. K. D. 222-1212

5/5

Opinion: Agree 11-28/21

17

Indica-top 000 - P10

2011-12-12

[Handwritten signature]

1

[illegible]

10

--

Dr Gustavo Furtado
Ortopedia

CRIMINAL

CV - 100-100-100

Time	T.	P.	R.	PA
12	36.5	92	20	110 x 110
1730	36.9	96	24	110 x 110
24	37.1	106	22	110 x 110
06	36	72	20	110 x 110



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

OBSERVAÇÕES:

Willie Lee

$$-\sqrt{150} \approx -12.25$$

Up to 2000

T. L. L. 20 20 12/1/26

Cynophloxacin 500

value of 1.000000.

Admission to the

Spokane 4/26/12

ENCLOSURE

20.1

10 June 2000

at the

22



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO: OBSERVAÇÕES:

SUB

84 x 21

14 22 05

30
05
15

250,500. e 81P

05.07.014/0101-00
HOS. REG. SUL GOV. RORAIMA
RORAINOPOLIS

RR

2) 250,500. e 81P

3) 250,500. e 81P

4) 250,500. e 81P

5) 250,500. e 81P

6) 250,500. e 81P

contere
com origem

Realizar!

Deixe hospitalar antes do transporte
dele de alguma maneira, pois não posso deixar sozinho



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTONMAR DE SOUZA PINTO	
SETOR:	
QUARTO:	LEITO: 219
Nº REGISTRO:	
NOME DO PACIENTE:	

ISRAEL SARAVA

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

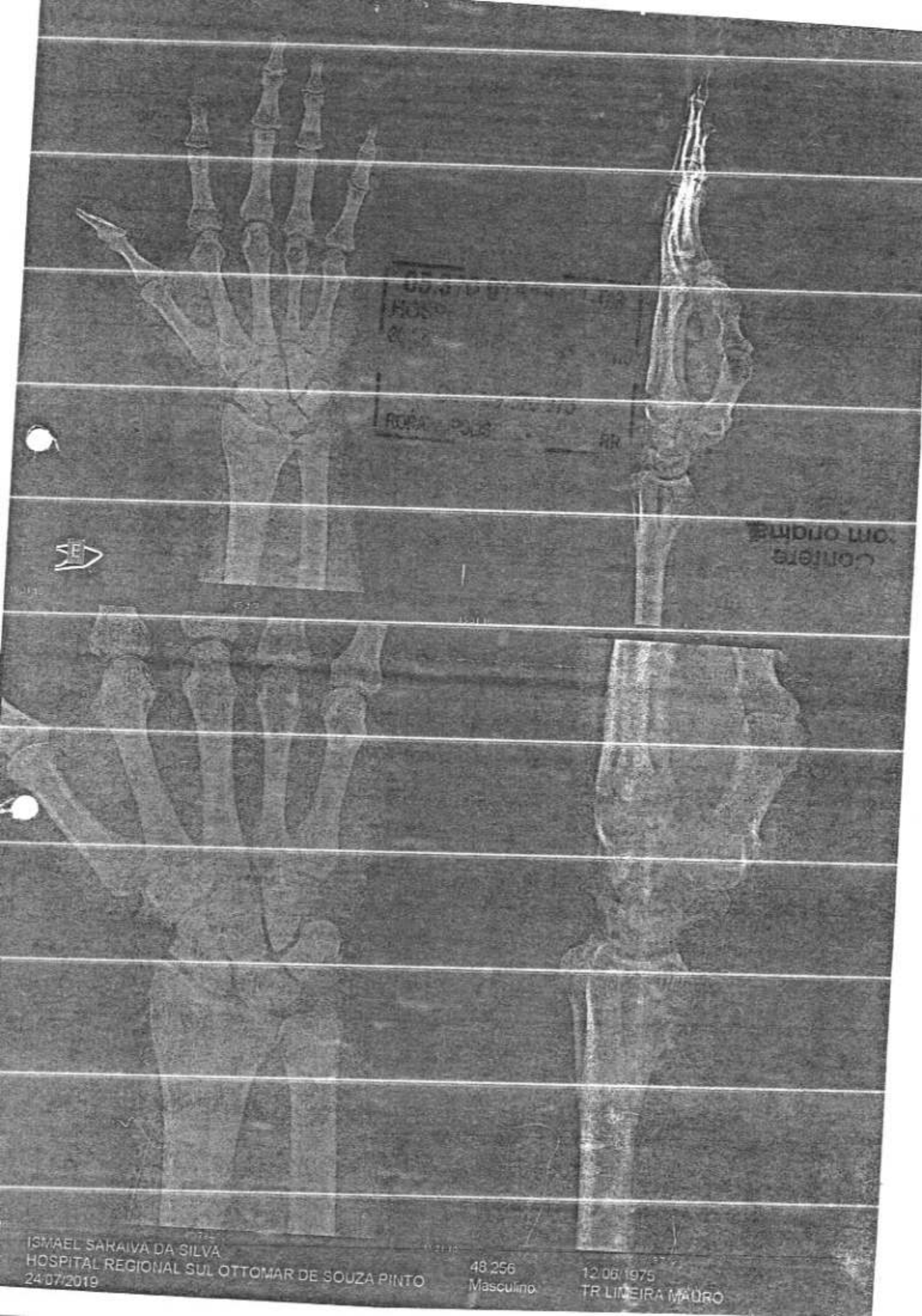
[illegible]

A black and white photograph of a person's legs, positioned vertically within a white grid. The legs are wearing light-colored, possibly white, pants. A large, thick white 'X' is superimposed over the entire image, crossing the legs and the grid. The background is dark and textured.

Confidential

65-27401-900-500

FORAMENS



ISMAEL SARAIVA DA SILVA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
24/07/2019

48 256
Masculino

12/06/1975
TR LINDEIRA MAURO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: ISABELLA SARAIVA DA SILVA

Paciente em acompanhamento
ortopedico devido fratura exposta
tibia e fêmur D. Aguardando
avaliação pelo serviço plast. c.
to por bo para avaliar
se precisa de cirurgia

26/08/19
Secretaria de Estado da Saúde/ SESAU
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Rod. Br 174, nº 1500, Jardim Tropical - CEP 69.373-000 - Rorainópolis - Roraima - Brasil
Fone (0xx95) 3238-2362 E-mail: hospitaldosulrorainopolis@hotmail.com



CARTÓRIO
DE REGISTRO CIVIL
E NOTARIADO

tabreainopolis@gmail.com
Av Drª Rondon, s/n - Centro - Rorainópolis - RR | Cep 69.373-000

55 95 3238 2068

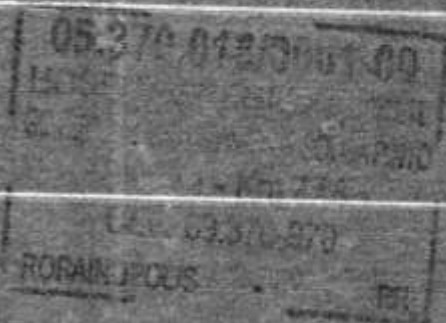
AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O
referido é verdadeiro e dou fé.
Emolumentos: R\$ 3,10 + selo: R\$ 0,00 - Total: R\$ 3,10.
Rorainópolis - RR, 26 de agosto de 2019.

Inês Maria Maria Maraschin - Registradora

VALDO SCHMIDT SEN ENFERMEIRO DE RORAIMA

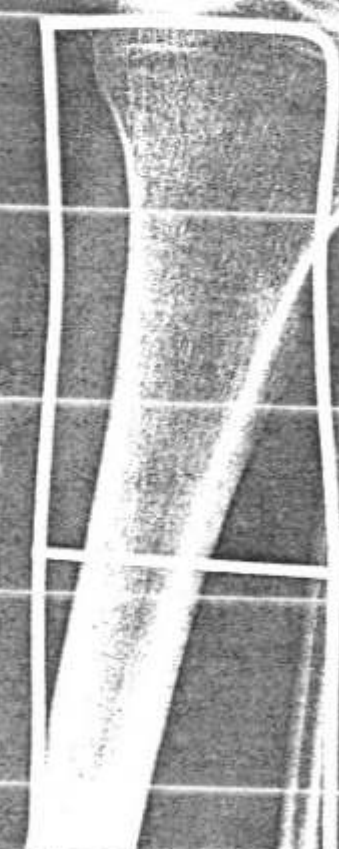
ORIGINAL



E

05.3.018
HOS
CZP. 69.370-870
RORAINOPOLIS
RR

Confere
M. S. S.



Resultado de Exames/Hemograma

Hematimetria		Homens	Mulheres	Coagulograma
Hemoglobina	10.3 g/dl	12 a 17 g/dl	12 a 15 g/dl	T. de Sangria: m s
Hematócitos	33.9 %	42 a 52 %	38 a 49 %	T. de Coagulação: m s
Leucometria	7.400 u/l	4.500 a 10.000 u/l		Plaquetas: u/l
Neutrófilos		OBS: Série Vermelha:		T. de Protombina: segundos
Promielócitos				Atividades %
Mielócitos		OBS: Série Branca		RNI:
Metamielócitos	%			TTPA: segundos
Bastonetes	%	00 a 02 %		
Segmentados	64 %	40 a 70 %		VHS:
Eosinófilos	03 %	00 a 05 %		1° HORA: mm
Basófilos	%	00 a 01 %		2° HORA: mm
Linfócitos	30 %	20 a 40 %		Grupo sanguíneo:
Monócitos	03 %	01 a 07 %		F.RH:
Plaquetas	322.000 u/l	150.000 a 350.000 u/l		

Nº1 - Bioquímico (a) Responsável

FÍSICA		URINÁLISES	
		QUÍMICA	SEDIMENTO
Volume	ml	PH:	Células:
Cor:		Glicose:	Leucócitos:
Densidade:		Corpo Cetônicos:	Hemácias:
Aspecto:		Hemoglobina:	Cilindros:
Depósito:		Proteína:	Cristais:
Cheiro:		Bilirrubina:	Bactérias:
		Urubilinogênio:	Muco:
		Nitritos:	Outros:
		Leucócitos:	

Nº2 - Bioquímico (a) Responsável

BIOQUÍMICA			IMUNOLOGIA	
Glicose	mg/dl	69 - 99 mg/dl	PCR	
Colesterol	mg/dl	150 - 200 mg/dl	Látex	
Triglicérides	mg/dl	40 - 140 mg/dl	Aslo	
Uréia	mg/dl	14 - 40 mg/dl	VDRL	
Creatina	mg/dl	0,4 - 1,3 mg/dl	BHtg	
Prot. Totais	mg/dl	6,0 - 8,5 mg/dl	Troponina	
Ácido Úrico	mg/dl	H 2,5 - 7, m 1,6 - 6,0	Hbsag	
Bilirrubina total	mg/dl	0,1 a 1,2 mg/dl	Lote	Val:
Bilirrubina Direita	mg/dl	0,1 a 0,4 mg/dl	HCV	
Bilirrubina Indireta	mg/dl	0,1 a 0,3 mg/dl	Lote	Val:
GP:	u/l	5 - 38 U/L	HIV	
GO:	u/l	11 - 39 U/L	Lote	Val:

Nº3 - Bioquímico (a) Responsável

BIOQUÍMICA			IMUNOLOGIA	
Amilase	U/dl	<90 U/dl	LDE < 130	
Albumina	g/dl	3,5 - 5,5 g/dl	VLDL	
Albúmina	g/dl	2-15 U/l	HDL M > 55	
Albúmina	g/dl	0-24 U/l	F > 65	
Albúmina	g/dl	20-160 U/l		
Albúmina	g/dl	M 12 a 45 u/l F 8 a 35 u/l		
Albúmina	g/dl	Adultos 27-100/Crianças 75-390		

Nº4 - Bioquímico (a) Responsável

UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO

NOME: Ismar da Silva

IDADE: 20

Nº DE REGISTRO: 2019 10

DIÁRIO SOLICITANTE: Gustavo

DATA: 23/10/2019

CEP: 69.370-970

RORAINÓPOLIS

RR

mape

LABORATÓRIO MAPE

Endereço: Av. Dr. Vandara, 3230 - Centro RR

Rorainópolis Cep: 69.373-000

Telefone: (95) 3238-1203 / (95) 8118-9585 (vivo)

Paciente : ISMAEL SARAIVA DA SILVA

Idade : 44 Anos 4 Meses 11 Dias

Convênio : PARTICULAR

Médico(a): MAINNE SANTOS AMARAL

RG/CPF : 134072

Protocolo : 0003246

Sexo : M

Cadastro : 23/07/2019

Emissão : 23/07/2019

HEMOGRAMA COMPLETO

Método: Automático

Amostra: EDTA

SÉRIE VERMELHO

Hemácias	3,51	milhões/mm ³
Hemoglobina	10,4	g/dl
hematocrito	31,3	%
V.C.M	89,17	pg
H.C.M	29,63	um ³
C.H.C.M	33,23	g/dl
R.D.W	11,7	%

De 13 a 18 anos

Valores de referência

4,1 - 5,3	milhões/mm ³
12,0 - 16,0	g/dl
36,0 - 48,0	%
78 - 98	um ³
25 - 35	pg
31 - 36	g/dl
11,5 - 15,0	%

SÉRIE BRANCA

Leucócitos 6.600 /mm³

Mielócitos	00	%	0	/mm ³
Metamielócitos	00	%	0	/mm ³
Bastonetes	00	%	0	/mm ³
Segmentados	75	%	4.950	/mm ³
Eosinófilos	01	%	66	/mm ³
Basófilos	00	%	0	/mm ³
Linfócitos	23	%	1.518	/mm ³
Monócitos	01	%	66	/mm ³

3.500 - 10.000 /mm³

%	/mm ³
0 - 0	0 - 0
0 - 0	0 - 0
0 - 5	Até 390
40 - 78	1.700 - 7.800
1 - 5	20 - 500
0 - 2	0 - 200
20 - 50	1.000 - 4.500
2 - 10	100 - 1.000

SÉRIE DE PLAQUETAS

Plaquetas 167.000 /mm³

150.000 /mm³ a 450.000 /mm³

Confere
com original

Dr. Saimon Patrick da Costa Freitas
Biotecnólogo
CRF/RR 240

Os resultados dos exames de laboratório sofrem influência de estado fisiológico, patológico e uso de medicação.
Somente seu médico tem condições de analisar corretamente este resultado.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO

FICHA DE ACOMPANHANTE DE INTERNOS

*NOME DO PACIENTE: Ismael Saraiva

DATA DA INTERNAÇÃO: / /

*DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE: / / IDADE:

*NATURALIDADE: *NACIONALIDADE:

*ENDEREÇO:

CIDADE QUE RESIDE:

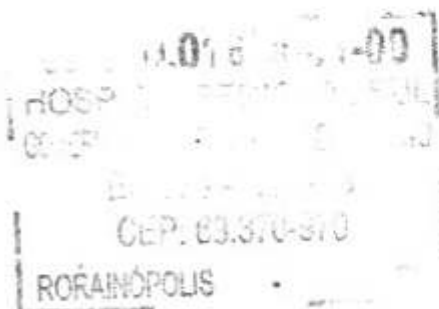
*NOME DA MÃE:

*NOME DO
ACOMPANHANTE:

*GRAU DE
PARENTESCO: esposa

ONDE ESTIVER COM O (*) SÃO CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

entrega
original





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data:

01/08/2016

O.S.

Ismael Souza

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:

P.O. de falha com defeito

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Reparo - substituição de peças defeituosas

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. Eduardo

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

Relat. em 01/08/2016
Ocorr. de falha com defeito
Ocorr. de falha com defeito
Ocorr. de falha com defeito
Ocorr. de falha com defeito

Conferido
com original

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOV. DO ESTADO DE RORAIMA
B.R. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS
RR

Dr. Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma / Acupuntura

Rafael Acuña
Anestesiologista
CRM-RR 538

CONFIDENTIAL

05.370.01b.
REGIONAL REGION
GLASS
SOLSA...
ROR...
RR



GOVERNO DO ESTADO DE PARÁIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE

APT* OU LEITO

Nº DO PRONTUÁRIO

DATA

CIRURGIA

TIPO

TEMPO DE DURAÇÃO

INÍCIO

FIM

TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO

ANESTESISTA

1ª AUXILIAR

INSTRUMENTADOR

2ª AUXILIAR

CIRCULANTE

TIPO DE ANESTESIA

QUANT. MATERIAIS VALOR QUANTID. TEMPO DE DURAÇÃO

MEDICAMENTOS

VALOR

CATGUT SIMPLES N°

CATGUT SIMPLES N°

CATGUT SIMPLES N°

CATGUT N°

CATGUT CROMADO N°

CATGUT CROMADO N°

CATGUT ATRAUMÁTICO RETO

CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO

FIOS DE SEDA N°

FIOS DE ALGODÃO N°

MONONYLON COM AGULHA

MONONYLON SEM AGULHA

UNIDADES DE GAZE

PARES DE LUVAS N° 25/80

EQUIPOS PARA SORO

MULUS DE ESPALMADO

DRENOS N°

SONDAS N°

AGULHAS

COMPRESSAS

LÂMINAS PARA BISTURI 24

HORAS DE OXIGÊNIO

FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc

FRASCO SORO

FRASCO SORO GLICOSADO %cc

FRASCO SORO GLICOSA %cc

XILOCAÍNA %cc

FLAXEDIL

FLUOTHANE

PENTRANE

ENTRANE

ÉTER

ATROPINA

PROSTGMIN

THIONEMBUTA

MARCAÍNA + glicole

INUVAL

GLICOSE - %

ÁGUA OXIGENADA

MERTHIOLATE

MERCÚRIO CROMO

05.370.016/0001-90

HORAS

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

VALOR

Confere
com original.

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE
CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS

DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE

VALOR

MATERIAL
MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

TAXA DE SALA
TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE

ATENÇÃO ESCRIBA NO VERSO SE NECESSÁRIO

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

ISABEL DA SILVA

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA / COR

9 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO 39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

Problema muscular?

Lesão degenerativa crônica?

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DE NASCIMENTO

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DO DOCUMENTO (INSERIR Nº DO PROFISSIONAL DO INSTITUTO)

() CNS

() CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO (INSERIR Nº DO PROFISSIONAL DO INSTITUTO)

Ortopedia

CRM RR 1258

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Cód. Órgão Emissor

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DO DOCUMENTO (INSERIR Nº DO PROFISSIONAL DO INSTITUTO)

() CNS

() CPF

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

54 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

55 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

56 - CNES

Conte

com original



GOVERNCO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

General Sampaio

05.370.016

Conteúdo original

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA

PRESCRIÇÃO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO: OBSERVAÇÕES:

02/08/2019 01:00h até 06:00h SUS

02:54h Sinal BD 01h

03:00h Sinal BD 01h

03:00h Sinal BD 01h

03:00h Sinal BD 01h

03:00h Sinal BD 01h

03:00h Sinal BD 01h

03:00h Sinal BD 01h

03:00h Sinal BD 01h

03:00h Sinal BD 01h

03:00h Sinal BD 01h

03:00h Sinal BD 01h

03:00h Sinal BD 01h

Carlos Sacramento de Almeida
Otorrinolaringologista

Drª Eni Jani Nogueira
Obstétrica
COREN 17688 RR

07/09/2013 Grande Lake C 19

- 1) Prod. Lira
- 2) Super Sand (2) Fine
- 3) Colthexon 103 (2) 12/12
- 4) Dupon 20000 (2) 5/16
- 5) Tencora 20 01/08 12/12
- 6) Tencora 20 01/08 29
- 7) CCG

25/11/13
25/11/13
25/11/13

25/11/13
25/11/13
25/11/13

05.370.016/0601-00
HOSPITAL
ROSAIROPOLIS

Confere

Carlos Eduardo de C. Guerra
Médico Trauma-Ortopedia
CRM-RS 988

Paulo
Caro
Caro

Carlos Eduardo de C. Guerra
Médico Trauma-Ortopedia
CRM-RS 988

Tora	T.	P.	R.	PA
12	3670	93	19	130x80
18	3680	93	19	130x80
24	3690	93	19	130x80
30	3700	93	19	130x80

03/08/2019 14h 55m 61s

- ① Dado Verde
- ② Siga o EDP
- ③ Captação 10.000 12/12/18
- ④ Tensão 20mm 01/08/19
- ⑤ Curativo de 1.000ml
- ⑥ DCV

Dr. Enéas Nogueira
Obstetrícia
COREN 67658 RR

Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma - Acupuntura
CRM-RR 559

Recibido
em 14/08/2019
em 14/08/2019

Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma - Acupuntura
CRM-RR 559

05210.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
R. SENECA VENTURA DE SOUSA PINTO
BR 174 - Km 468
CEP: 69.370-370
RORAINÓPOLIS - RR

Confere
com original

hora	T.	P.	R.	PA
12	35,6	68	19	120 x 80
15	36,5	71	20	120 x 80
21	36,0	70	18	110 x 70
00	36,8	70	20	120 x 70

Ch. 19/199

David Lewis

L19

De Lute

5000

Stephanie

10/10/10

William

12/24

Temple

12/10/10

Thomas

(50)

Conto

11/10

East

Carly

Not available

3. 10/10/10

Confere
som original

12/24

Centro Educativo de C. Guerra
Cursos, Exámenes, Actividades
Diversas, etc.

10/10/10

10/10/10

T.	P.	R.	PA
3620	100	19	140X90
3620	87	19	140X90

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013161018000
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 CÓD. RENAVAM: 010278222 RALTRC: 2019

NOME: ISRAEL SANTANA DA SILVA

CPF / CNPJ: 082.777.777-00 PLACA: RR-3219

PLACA ANT. / UF: 2443-1000018739 CHASSI: 2443-1000018739

ESPECIE TIPO: PAS COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: YAMAHA Y12 125VE ANO FAB: 2019 ANO MOD: 2019

CAP. POT. / OIL: 24204L-1 CATEGORIA: PARTICU DOB. PREDOMINANTE: 165TA

COTA ÚNICA: 00000000 VENC. COTA ÚNICA: 00000000 1ª VENC. / COTAS: 00000000

FAXA LPVA: 00000000 PARCELAMENTO / COTAS: 00000000 2ª VENC. / COTAS: 00000000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00000000 IOF (R\$): 00000000 PRÊMIO TOTAL (R\$): 00000000 DATA DE PAGAMENTO: 07/08/2019

OBSERVAÇÕES: ALIQUOTA DE 10% SOBRE O VALOR DO PRÊMIO TOTAL

100 Gomes Brasil
Diretor Presidente Interno
DETRAN-RR

DATA: 12/08/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013161018000 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2019

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 07/08/2019

VIA: 01 CPF / CNPJ: 010278222 PLACA: RR-3219

RENAVAM: 010278222 MARCA / MODELO: YAMAHA Y12 125VE

ANO FAB: 2019 CAL. DNE: 00000000 Nº CHASSI: 2443-1000018739

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): 00000000 DENATRAN (R\$): 00000000 CUSTO DO SEGURO (R\$): 00000000

CUSTO DO BILHETE (R\$): 00000000 IOF (R\$): 00000000 TOTAIS PRÊMIOS E CUSTOS (R\$): 00000000

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 07/08/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.242.606/0001-04

CONTINUA



DATA DE NASC: 12/06/1975
RG: 179072 UF: RR
CPF: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
SUS: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
22	07	19	11	07

01 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Ismael Pereira da Silva Idade: 44 Sexo: M

Rua/Avenida: Rua Jangor Nº: 512 Complemento:

Bairro: União Município: União Estado: RR Telefone:

Filiação: Pai: Ismael Pereira da Silva Mãe: Ismael Pereira da Silva

02 DO ACIDENTE

☐ RESIDÊNCIA ☒ VIA PÚBLICA ☐ TRABALHO ☐ TRÂNSITO

03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA

☐ TRANSPORTADO ☒ DE AMBULÂNCIA ☐ REMOVIDO

04 TIPO DE ACIDENTE

☒ TRAUMÁTICO ☐ QUEIMADURA ☐ ENVENENAMENTO ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ OUTROS (DESCREVER)

05 SE ACIDENTE DE TRABALHO: ESPECIFICAR

PROFISSÃO:

DIA: MÊS: ANO: HORA:

CARTÓRIO DE SÃO LUIZ - RR

Av. Bolívar, s/n, Centro, São Luiz - RR, CEP 69.000-000 - Roraima, (68) 3527-1796

AUTENTICAÇÃO 006870

Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado, referido é verdade e dou fé.
São Luiz - RR, 13 de agosto de 2019.

JEOVANE OLIVEIRA ALVES

06 DOENÇA OCUPACIONAL

☐ SIM ☐ NÃO ☐ QUAL (ESPECIFICAR):

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

ESPECIALIDADE:

RESUMO CLÍNICO: Tratado pelo S.A.M.U. com sucesso. Não há mais dor.

EXAME FÍSICO: Exame físico normal. Não há dor.

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO): Exames complementares solicitados.

RESULTADOS DE OUTRA UNIDADE (RESULTADO NO VERSO):

DIAGNÓSTICO

PROVAVEL: fratura exposta perna (R) DEFINITIVO:

08 DESTINO DO PACIENTE

REMOVIDO PARA: União

INTERNADO NO(A):

☐ ALTA ☐ RESIDENCIA COM ORIENTAÇÃO ☐ SE AFATADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS?

DATA	RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO
22/07/19	[Assinatura]	[Assinatura]

Wellington Alves de L. Junior
Av. São João nº 1048 - L
CRM/RR 1817



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR
3ª COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLÍCIA MILITAR



PMRR RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL – ROP

Nº SL 220719

DATA	UNIDADE	LOCAL	VTR	KILOMETRAGEM		HORÁRIO		CÓDIGOS		
				Inicial	Final	Inicial	Final	Ocorrência	Providência	S. Prestados
22/07/2019	6ª CIPM	São Luiz	515	-	-	10:50	11:30	1001;1003	13023/13999	

LOCAL DA OCORRÊNCIA

End.	AV MACAPÁ	Nº	314	Bairro	Centro	Ref.	EM FRENTE AO HOSPITAL
------	-----------	----	-----	--------	--------	------	-----------------------

PESSOAS RELACIONADAS

VÍTIMA		ISMAEL SARAIVA DA SILVA									
1	End	RUA AMAZONAS	Nº	SN	Bairro	Idade	44	Estado Civil	CASADO		
	Profissão	AGRICULTOR	RG	134072	SSP	RR	CPF	Cidade	CAROEBE	UF	RR
	TESTEMUNHA	OZEAS FELIX SCARAMUZZA									
2	End	BR 210 KM 74,5	Nº	SN	Bairro	Idade	31	Estado Civil	SOLTEIRO		
	Profissão	AGRICULTOR	RG	264661	SSP	RR	CPF	Cidade	CAROEBE	UF	RR
								CNH	04143312753		

ARMAS, OBJETOS E VALORES RELACIONADOS

Nada digno de registro;

RELATÓRIO

Senhor Delegado, fomos acionados por populares que nos informaram a ocorrência de acidente de trânsito. Ao chegarmos ao local, o item 1 já havia sido socorrido pelo SAMU e levado ao Hospital, já outro envolvido, evadiu-se do local. Segundo relatos de populares que estiveram no local, o item 1 seguia sentido São Luiz/Vila Moderna e o outro envolvido, vinha no sentido contrário quando este dobrou subitamente para esquerda, momento no qual, devido falta de prudência, colidiu na motocicleta, uma YAMAHA XTZ, 125 XE, PRETA, PLACA: NBA3298, de posse do item 1. Fato esse que ocasionou no item 1, fratura exposta na perna esquerda e escoriações no braço esquerdo. O outro veículo segundo relatos é uma MONTANA PRATA e o motorista um senhor branco, gordo, cabelo branco, trajava camiseta curta de cor azul, bermuda, boné e óculos. Segundo os populares, é um vendedor de verduras que não mora neste município. Ninguém soube informar a placa do veículo Montana, tampouco o nome do motorista. fizemos rondas no município em busca do veículo mas nada encontramos. A motocicleta do item 1 foi entregue ao seu sobrinho item 2 no local da ocorrência. Informo que os danos ocorridos aos veículos envolvidos foram:

A motocicleta teve o guidão entortado, para-lama dianteiro quebrado, tanque furado e carenagens danificadas
O automóvel ficou com o para-choque dianteiro quebrado (segundo os populares).

Era o que tinha a relatar, encaminho este ROP para conhecimento e providências.

RELATOR

Posto/Grad	Nome Completo	Matricula	Lotação	Assinatura
AL SGT	JOZILENA NASCIMENTO DE SOUZA	47001197	1º PEL/6ª CIPM	

RECEBIMENTO

Data	Nome Completo	Matricula	Função	Assinatura
22/07/2019	GILMAR DE OLIVEIRA LIMA	050035478	APC	

BALIZA RR: 21:2019

Cor-Fone com original

JOZILENA Nascimento de Souza
AL SGT PM
Mat: 47001197



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUIZ DO ANAUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU192 / SÃO LUIZ DO ANAUÁ



FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: BS1 Equipe: Dr. Manoel Led. Valcimar
Paciente: Ismael Saraiva da Silva Idade: 44 Sexo: M
Endereço: BR 210

Nº _____ DATA 22/11/2019 HORA SAÍDA: 10:49
Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM: _____ HORA CHEGADA: _____
MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ OUTRO

AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA		OUTROS	
☐ Capotamento	☐ Atropelamento	☐ Colisão	☐ Uso do cinto	☐ Vítila projetada	☐ Vítila encarcerada	☐ Air Bag	☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto
☐ Motorista	☐ Passageiro Banco dianteiro	☐ Passageiro Banco traseiro	☐ Acidente com moto X <u>Carro</u>	☐ Condutor ☐ Carona	☐ Com capacete	☐ Sem capacete	☐ Queda, Altura aprox.: _____
			☐ Biciçleta	☐ Condutor ☐ passageiro			☐ Acidente Doméstico
							☐ Queimadura Agente
							☐ Agressão p/ animal
							☐ Outros: _____

Visa Aérea		Ventilação		Circulação		Aval. Neurológica	
☐ Dispneia	☐ Bradipneia	☐ Taquipneia	☐ Resp. Ruidosa	☐ Obstruída	☐ Apneia	☐ Outro:	☐ M.V. Diminuído
							☐ M.V. Ausente
							☐ Hipertimpenismo
							☐ Maciez
							☐ Ferida Aspirativa
							☐ Bradicardia
							☐ Taquicardia
							☐ Arritmico
							☐ Enchimento capilar
							☐ acima de 2"
							☐ Ausente
							☐ AVDN
							☐ Miose
							☐ Midríase
							☐ Anisocoria
							☐ Otomáia
							☐ Otorragia
							☐ Rinorragia
							☐ Aparentemente alcoolizado
							☐ DNV

Hora		P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. °C.	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	_____	<u>130/50</u>	<u>56</u>	_____	<u>98</u>	_____	_____	_____	_____	_____
Fim	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

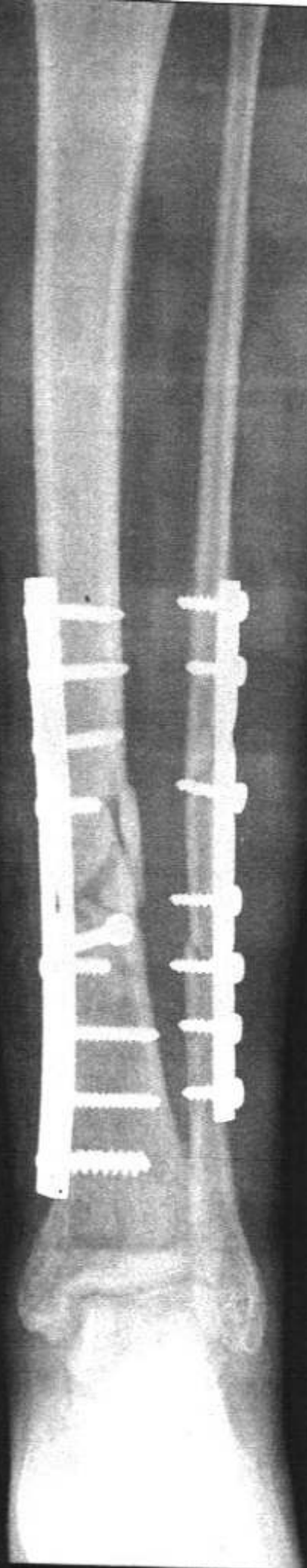
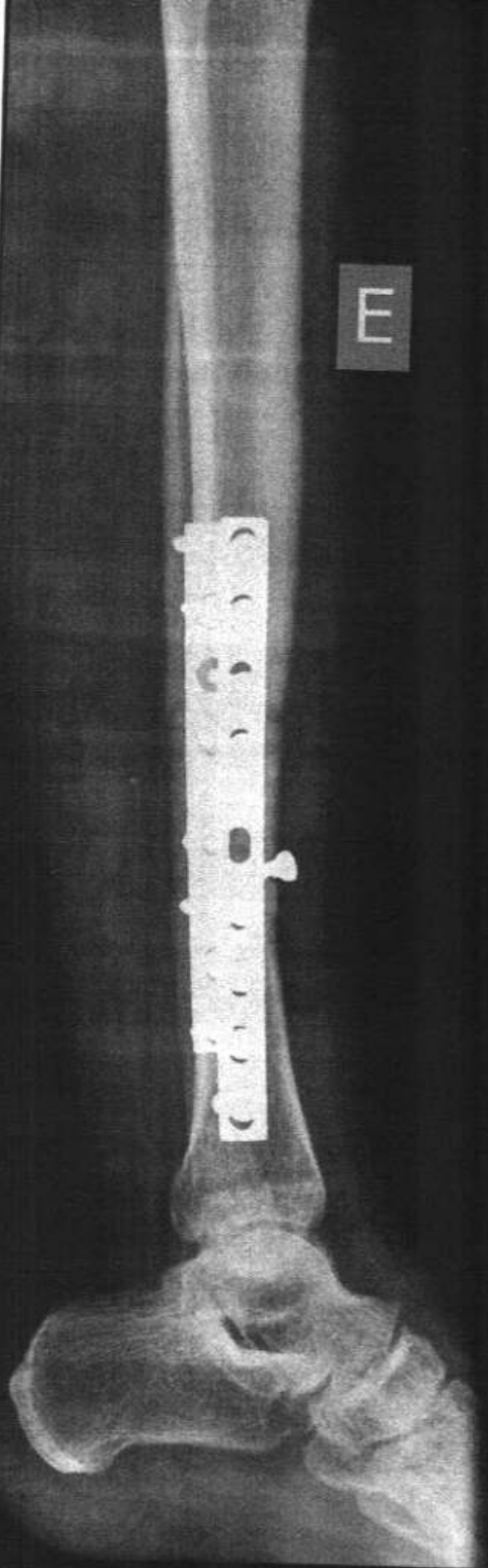
Pele		Cabeça		Face		Pescoco		Tórax		Abdome	
☐ Corada	☐ Quente	☐ Pálida	☐ Fria	☐ Úmida	☐ Seca	☐ Cianótica	☐ Contusão	☐ Escoriação	☐ Laceração	☐ Hematoma	☐ Afundamento
							☐ Per. Penetrante	☐ Contusão	☐ Escoriação	☐ Laceração	☐ Ferimento ocular
								☐ Escoriações	☐ Lacerações	☐ Hematoma	☐ Devido de traqueia
								☐ Enfisema Sub-Cutâneo	☐ Escoriações	☐ Lacerações	☐ Tórax instável
									☐ Resp. paradoxal	☐ Tamponamento	☐ Escoriações
									☐ Escoriações	☐ Lacerações	☐ Distendido
									☐ Em tábua	☐ Doloroso	☐ Evisceração
									☐ Contusão	☐ Escoriações	☐ Lacerações
									☐ Hematoma	☐ Dor	☐ Fratura
									☐ Dor	☐ Luxações	☐ Amputação
									☐ Contusão	☐ Escoriações	☐ Lacerações
									☐ Luxações	☐ Fratura	☐ Amputação

AVALIAÇÃO CARDÍACA		AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA		HISTÓRIA PREVISSA	
☐ Ritmo Sinusal	☐ Taquicardia	☐ Bradicardia	☐ Fibrilar	☐ Fibrilação atrial	☐ Fibrilação ventricular
				☐ Assintotico	☐ Respiratória
				☐ Neurológica	☐ Digestiva
				☐ Psiquiátrica	☐ Infecçiosa
				☐ Metabólica	☐ Obstétrica
				☐ Cardiovascular	☐ Pediátrica
				☐ Aborto	☐ Outra
				☐ EQUENA	☐ MÉDIA
				☐ MORTE	☐ INDETERMINADA
				☐ OUTRO	☐ OUTRO

GRAVIDADE COMPROVADA		ILESO SEVERA		ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO (Unidade de Destino)	
☐ GRAVIDADE COMPROVADA	☐ ILESO SEVERA	☐ ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO (Unidade de Destino)	☐ ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO (Unidade de Destino)	☐ ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO (Unidade de Destino)	☐ ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO (Unidade de Destino)
		<u>Wellington Alves de L. Junior</u>	<u>Av. São João nº 1048 - Centro</u>	<u>CRM/RR 1817</u>	<u>12/11/2019</u>

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS		DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA	
☐ CANCELAMENTO	☐ RECUSE DE ATENDIMENTO	☐ NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL	☐ RECUSE DE HOSPITALIZAÇÃO
☐ TROTA	☐ BOMBEIRO NO LOCAL	☐ POLÍCIA MILITAR	☐ GUARDA MUNICIPAL
		☐ SMTRAN	☐ BOMBEIRO
		☐ OUTROS	☐ OUTROS
		☐ INICIADO AS: _____	☐ TÉRMINO AS: _____
		☐ RCP COM SUCESSO	☐ RCP SEM SUCESSO
		☐ OBS: _____	☐ ATENDIDO NO LOCAL
		☐ TRAUMA HGR	☐ PRONTO ATENDIMENTO
		☐ CORONEL MOTA	☐ COSME E SILVA
		☐ HCSA	☐ MATERNIDADE
		☐ OUTROS	☐ OUTROS

E



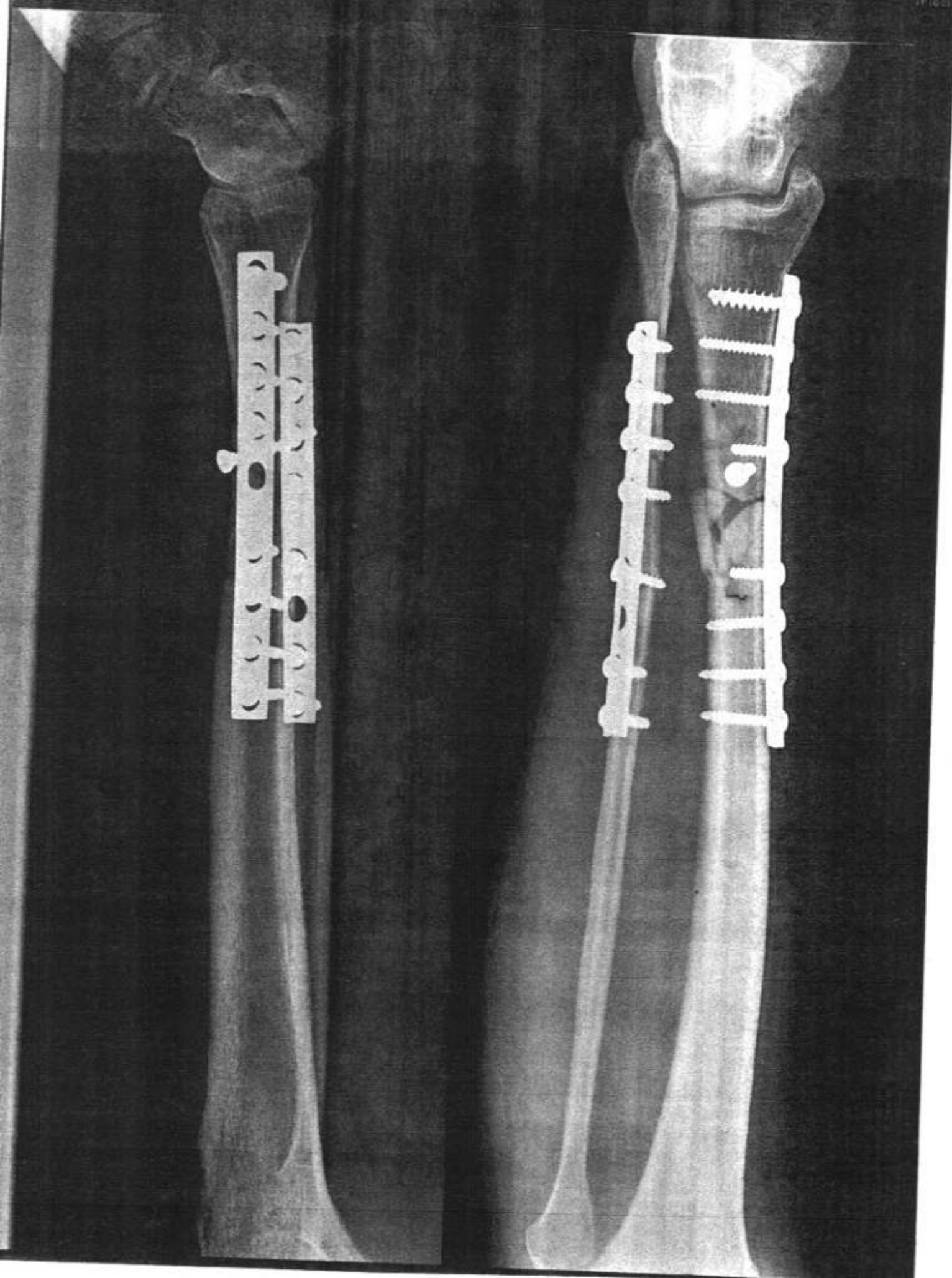
ISMAEL SARAIVA DA SILVA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
18/11/2019

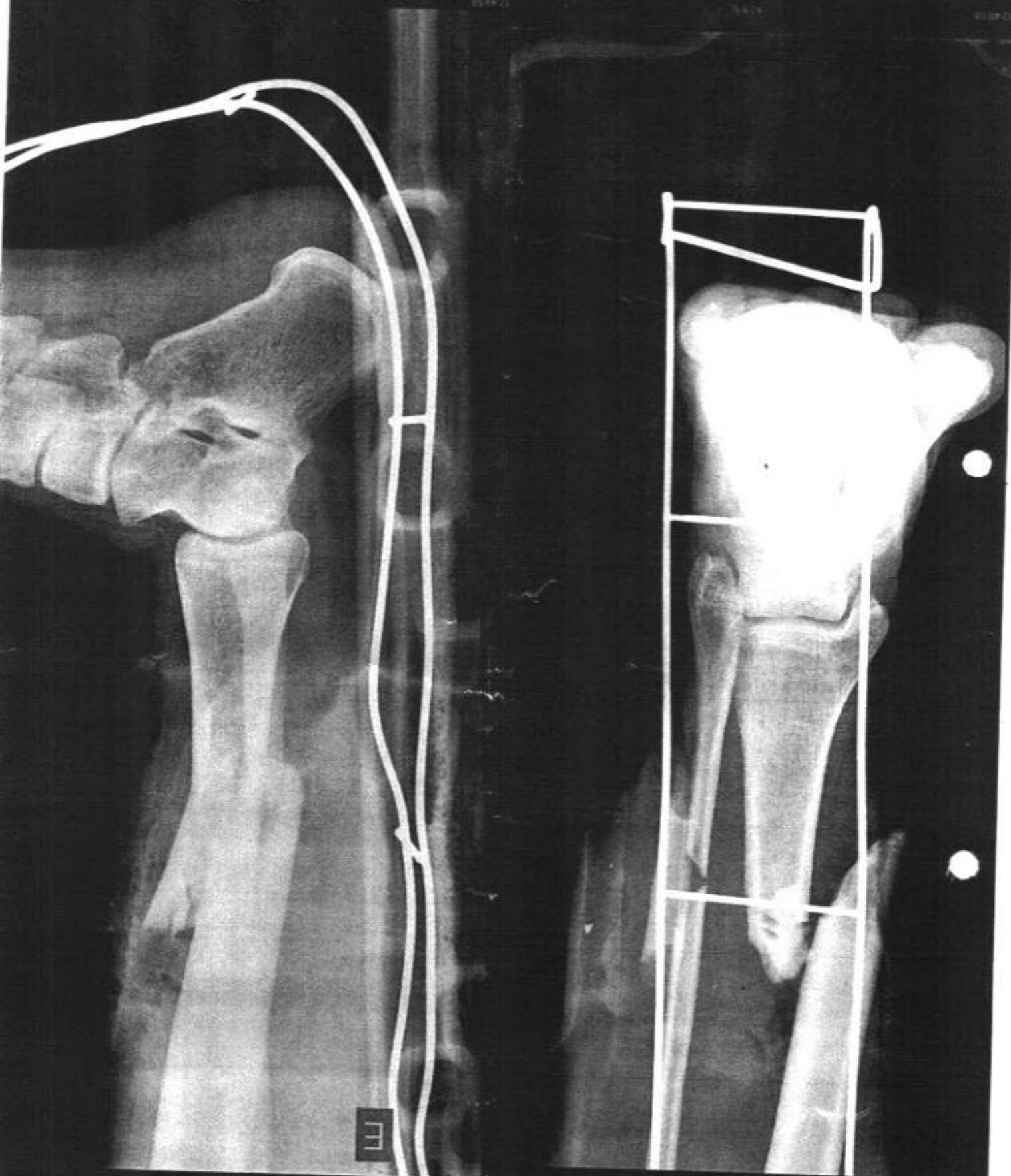
51732
Masculino
10/20/13

12/06/1975
TR OLIVEIRA ERINALDO
400

D





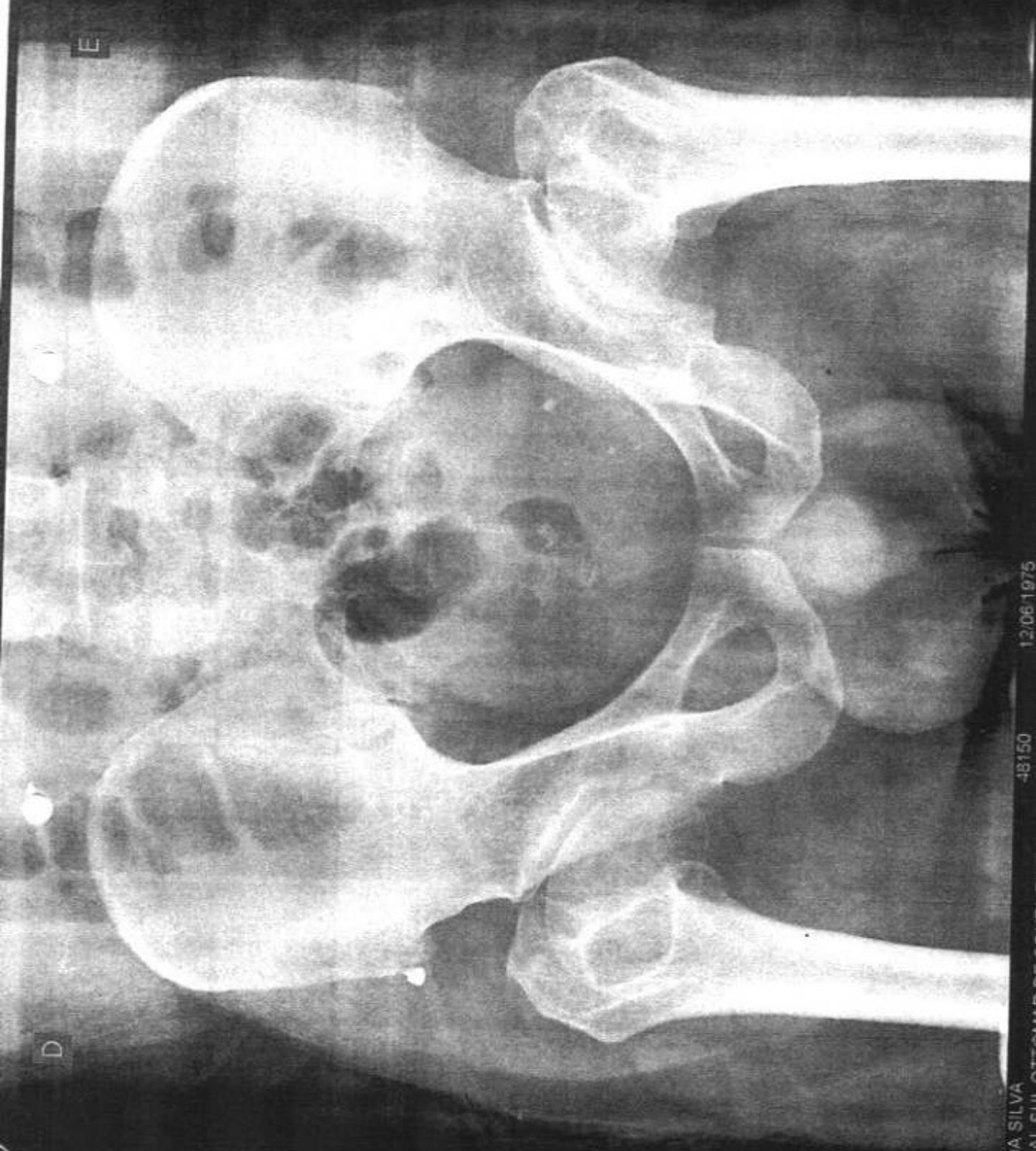




ISMAEL SARAIVA DA SILVA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
22/07/2019

48150
Masculino
12:49:58

12/06/1975
TR BARROS ALAN
400



ISMAEL SARAIVA DA SILVA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
22-07-2019

-48150

Masculino

12:49:58

12/06/1975

TR BARROS ALAN

400

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 ISMAEL SARAIVA DA SILVA

DOC. GENTILHOMENS (DNG) EMITIDA POR
 134072 SEP RR

CPF
 382.755.702-04

DATA NASCIMENTO
 12/06/1975

FUNÇÃO
 MANOEL FELIX DA SILVA
 FRANCISCA SARAIVA LIMA

REMISSÃO
 0000000000

KCE
 00000000

CATEGORIA
 00

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS
 806624363

OBSERVAÇÕES

ISMAEL SARAIVA DA SILVA
 SECRETÁRIO DE ESTADO

LOCAL
 BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
 20/11/2013

38772288451
 RR207258473

DETRAN-RR (RORAIMA)

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Receita Federal
CPF
 CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
382.755.702-04

Nome
 ISMAEL SARAIVA DA SILVA

Nascimento
 12/06/1975

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

980131278

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

DOC. GENCIAL / ORG. EMISSOR
148994 SSP RR

CPF
606.934.792-72

DATA NASCIMENTO
23/12/1976

PRACÇÃO
JOSE PEREIRA DO
NASCIMENTO
JURACY SOUSA DO
NASCIMENTO

PERMISSÃO
ACD
OPTAR
AD

Nº REGISTRO
01101904953

VALIDADE
14/01/2020

EMISSÃO
17/12/1999

980131278

BOA VISTA - ROBATINA

DATA DE EMISSÃO
15/01/2015

10964911290
RR207911720

JOSE LINO KURTSCHEK PEREIRA
DIRETOR PRESENTE

DETRAN-RR (ROBATINA)
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013161018000
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 01 CDD RENAVAM 010733223 R.M.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME ISMAEL ENRIQUE DA SILVA

CPF / CNPJ 022.37.270-04 PLACA RR-3288

PLACA ANT. UF CHASSI

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.

CAP. POT. / OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS

FAIXA I RVA PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

100 Gomes Brasil
Diretor Presidente Interino
DETRAN-RR DATA 12/08/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013161018000 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

VA CPF / CNPJ PLACA

RENAVAM MARCA / MODELO

ANO FAB. CAT. TAIG. Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL DO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURODPVAT

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.346.008/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0451721/19

Vítima: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

CPF: 382.755.702-04

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/07/2019

Titular do CPF: ISMAEL SARAIVA DA
SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

ISMAEL SARAIVA DA SILVA : 382.755.702-04

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: 13/12/2019
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700081 **Cidade:** São Luiz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISMAEL SARAIVA DA SILVA **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 3/5_CIRURGIA

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700081 **Cidade:** São Luiz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISMAEL SARAIVA DA SILVA **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 3/5_CIRURGIA

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Ismael Santana da Silva, brasileiro(a) estado civil unido, profissão: agente, portador(a) da cédula de identidade CIRG nº 134072 e inscrito no CPF/MF nº 382.455.702-04, residente e domiciliado na rua 34 lote 23, km 29, nº , Bairro: , município de: Paracatu/RR, Tel. 95803-9449, E-mail: .

OUTORGADO: Francisca Sousa Do Nascimento, brasileira, solteira, portadora do RG nº 148.994 SSP/RR e inscrito no CPF nº 606.934.792-72, residente e domiciliada na Rua: Capela, LT: 402, nº 402, Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-492, município de Boa Vista-RR

PODERES ESPECIAIS: a **OUTORGADA** para Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizado ao outorgado.

Boa vista, 19 de 11 de 2019.

ISMAEL SANTANA DA SILVA

OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0451721/19

Vítima: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

CPF: 382.755.702-04

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/07/2019

Titular do CPF: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

ISMAEL SARAIVA DA SILVA : 382.755.702-04

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: 13/12/2019
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700081

Vítima: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISMAEL SARAIVA 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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700081

Vítima: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISMAEL SARAIVA 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004252

Conta: 000000011098-5

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, 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 382.755.702-04 4 - Nome completo da vítima: Irmão Samuel da Silva

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

5 - Nome completo: Irmão Samuel da Silva 6 - CPF: 382.755.702-04
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: V. VSC: 34 9 - Número: 514 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Canache 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.378-000
15 - E-mail: irmaosamuel@netmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 99131-1149

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4252 CONTA: 00440985
(Informar o dígito se existir) (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 (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 Líder para verificação da existência e qualificação 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vel nascido)? ☐ 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 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.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível 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, Canache - RR, 29 de Novembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DA BALIZA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



DADOS DO REGISTRO DA OCORRÊNCIA	
BOLETIM Nº 686/2019	DELEGADO: <i>Fernando Alves da Cruz</i>
DATA: 13/08/2019	ATENDENTE: <i>PAULO ROBERTO F DE ANDRADE MAT. 42000089</i>
HORA: 12h00min.	LOCAL, DATA E HORA: BR 210, em frente ao Hospital Francisco Ricardo de Macêdo, em 22/07/2019 às 11:00 horas aproximadamente.

DADOS DA COMUNICANTE	
NOME: <i>ISMAEL SARAIVA DA SILVA</i>	RG: 134072 SSP/RR CPF: 382755702-04
END: Rua Caroebe nº 05, Centro- Caroebe/RR	

DADOS DA VITIMA	
NOME: <i>ISMAEL SARAIVA DA SILVA</i>	
END: <i>O mesmo do Comunicante</i>	
FILIAÇÃO: <i>Manoel Felix da Silva e Francisca Saraiva Lima</i>	
GRAU DE INST: <i>Fund. Incompleto</i>	
COR/IDADE: <i>Branca/44 anos</i>	APELIDO:
DATA DE NASCIMENTO: <i>12/06/1975</i>	PROFISSÃO: <i>Agricultor</i>
NATURALIDADE: <i>Ouro Preto D'Oeste/RO</i>	FONE:
	CNPJ:

DADOS DO ACUSADO	
NOME: <i>Não identificado</i>	
END:	
FILIAÇÃO:	
GRAU DE INST:	
COR/IDADE:	APELIDO:
DATA DE NASCIMENTO:	PROFISSÃO:
NATURALIDADE:	FONE:
	NACIONALIDADE:

DADOS DA INFRAÇÃO		
CÓD. INFR.	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO A TIPIFICAR

BREVE RELATO DOS FATOS: (O) A comunicante acima qualificada, comparece a esta DEPOL para registrar que em dia local e horário acima descrito, conduzia na BR 210 sentido São Luiz/Novo Paraíso, seu veículo tipo motocicleta marca **HONDA Yamaha/XTZ 125 XE, ANO 2015, PLACA NBA 3298, DE CÔR PRÊTA, CHASSI 9C6KE1060F0018129, com CRLV em nome de ISMAEL SARAIVA DA SILVA** quando um veículo tipo Camioneta Montana de côr PRATA atravessou a BR colidindo com a motocicleta do comunicante, causando-lhe lesão corporal (fratura exposta na perna esquerda); QUE o condutor da camioneta Montana não parou para prestar socorro. É o breve relato.

ISMAEL SARAIVA DA SILVA
COMUNICANTE

Paulo Roberto F de Andrade
ATENDENTE

OBS: Comunicante/vitima fica intimada a comparecer nesta delegacia no dia, às hmin.

AVISO: 1 - SOLICITAMOS QUE CASO OBTENHA NOVAS INFORMAÇÕES QUE AJUDEM NAS INVESTIGAÇÕES COMPAREÇA A ESTA DELEGACIA;
AVISO: 2 - O comunicante é responsável pelas declarações prestadas, sujeito às penas arts. 339 (Denúnciação Caluniosa) e 340 (Comunicação falsa de crime) do CPB.

RESERVADO PARA DESPACHO DA AUTORIDADE POLICIAL		
☐ Fato Atípico (Arquivar);	☐ Intimar comunicante;	☐ Aguardar audiência agendada;
☐ OM ao SO, relatório em _____ dias - APC _____;	☐ Aguardar novos fatos ou representação;	
☐ Outra(s) providência(s): _____		
☐ Elabore-se _____ art(s).		
Delegado(a) de Polícia Civil		

ETIQUETA NO VERSO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 382.755.702-04 4 - Nome completo da vítima: Imael Sampaio da Silva

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

5 - Nome completo: Imael Sampaio da Silva 6 - CPF: 382.755.702-04
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: V. VIC: 34 9 - Número: SIN 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Caracati 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.378-000
15 - E-mail: franciscosampaio6@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 99131-1149

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 4252 CONTA: 0044098 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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 (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 Líder para verificação da existência e qualificação 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vel nascido)? ☐ 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 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.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível 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, Paracatu - RR, 29 de Novembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUIZ DO ANAUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU192 / SÃO LUIZ DO ANAUÁ



FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: 051

Equipe: Dr. Manoel Led. Welcimar

Paciente: Daniel Saraiva da Silva

Endereço: BR 210

Idade: 44 Sexo: M

Nº	DATA <u>22/07/2019</u>	HORA SAÍDA: <u>10:49</u>
Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CFM:		HORA CHEGADA:
MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ OUTRO		

AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA		OUTROS	
☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão		☐ Uso do cinto ☐ Vítila projetada ☐ Vítila encarcerada ☐ Air Bag		☐ FAF ☐ FAF ☐ Espancimento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:		☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:	
☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro		MOTO/BICICLETA ☐ Acidente com moto X <u>Carona</u> ☐ Condutor ☐ Carona ☐ Com capacete ☐ Sem capacete ☐ Bicicleta ☐ condutor ☐ passageiro					

Vias Aéreas		Ventilação		Circulação		Aval. Neurológica	
☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☐ Apneia ☐ Outro:		☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpenso ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa		☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente		☐ AVDN ☐ Miocse ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Otorrria ☐ Otorragia ☐ Rinorragia ☐ Aparentemente alcoolizado ☐ DNV	

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R lpm	Set O ₂ %	T. °C.	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	<u>130/90</u>	<u>56</u>		<u>99</u>					
Fim									

Pele		Cabeça		Face		Pescoço		Tórax		Abdome	
☐ Corde ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica		☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. Penetrante		☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular		☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo		☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento		☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Colorado ☐ Evisceração	

Pelve		Coluna Dorsal		Membros	
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade		☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor		☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações	

AVALIAÇÃO CARDÍACA		AVALIAÇÃO GASTRO		HISTÓRIA PEGRESSA	
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutter		☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto		☐ Digestiva ☐ Infecções ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra	
☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assístolia				☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	

GRAVIDADE COMPROVADA	☐ ILESO ☐ SEVERA	☐ EQUENA ☐ MORTE	☐ MÉDIA ☐ INDETERMINADA	☐ OUTRO
----------------------	---	---	--	--------------------------------

Wellington Alves de Jesus
Av. São João nº 1048 - Centro
CRM/RR 1817

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

MULTIPLS MEIOS ACIONADOS

DADOS PESSOAIS DA VITIMA

☐ CANCELAMENTO
☐ RECUSA DE ATENDIMENTO
☐ NÃO SE ENCONTRAVA NO LOCAL
☐ RECUSA DE HOSPITALIZAÇÃO
☐ TROTA
☐ BOMBEIRO NO LOCAL

☐ INICIADA EM:
☐ TÉRMINO EM:
☐ RCP COM SUCESSO
☐ RCP SEM SUCESSO
☐ OBS:

☐ ATENDIDO NO LOCAL
☐ TRAUMA HGR
☐ PRONTO ATENDIMENTO
☐ CORONEL MOTA

☐ COSME E SILVA
☐ HCSCA
☐ MATERNIDADE
☐ OUTROS

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

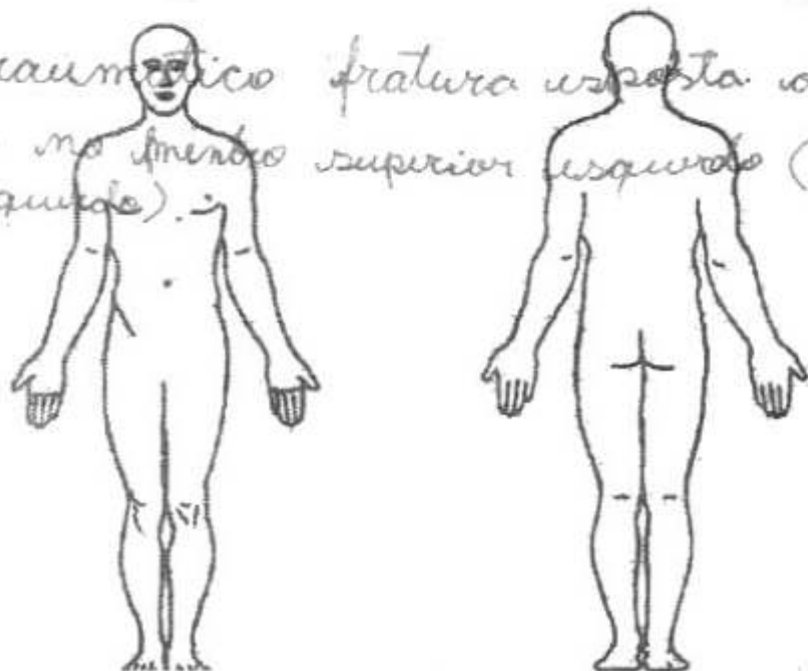
GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____ BCF: _____	
☐ Com cartão ☐ Sem cartão	

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA	
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala		
Resposta Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4 ☐	10 - 24	4 ☐
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3 ☐	25 - 35	3 ☐
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2 ☐	≥ 36	2 ☐
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1 ☐	01 - 09	1 ☐
Resposta Verbal	Orientado	Balucia	5 ☐	0	0 ☐
	Confuso	Choro irritado	4 ☐	> 90	4 ☐
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3 ☐	70 - 89	3 ☐
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2 ☐	50 - 69	2 ☐
Resposta Motora	Nenhuma	Nenhuma	1 ☐	01 - 49	1 ☐
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6 ☐	0	0 ☐
	Localiza a dor	Retira ao toque	5 ☐	14 a 15	5 ☐
	Flexão normal	Retira a dor	4 ☐	11 a 13	4 ☐
	Flexão anormal	Flexão normal	3 ☐	8 a 10	3 ☐
	Extensão a dor	Flexão anormal	2 ☐	5 a 7	2 ☐
	Nenhuma	Nenhuma	1 ☐	3 a 4	1 ☐

ESCALA DE GLASGOW	ESCORE DO TRAUMA
LEVE 1 2 3 4 5 MODERADA 6 7 8 INTENSA 9 10	

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Paciente traumático fratura exposta de tíbio e fíb. Escoriações no membro superior esquerdo (fratura membr inferior esquerda).



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: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04252

CONTA: 000000011098-5

Nr. da Autenticação 5626788561CC13EB