

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190543006 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA **Data do acidente:** 06/04/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190543006 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA **Data do acidente:** 06/04/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0326360/19

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

CPF: 617.514.482-15

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 06/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILMAR COSTA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SILMAR COSTA DA SILVA : 617.514.482-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/09/2019
Nome: SILMAR COSTA DA SILVA
CPF: 617.514.482-15

SILMAR COSTA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0326360/19

Número do Sinistro: 3190543006

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

CPF: 617.514.482-15

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 06/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILMAR COSTA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 31/10/2019

Nome: SILMAR COSTA DA SILVA

CPF: 617.514.482-15

SILMAR COSTA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019

Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

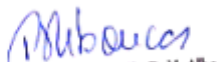
Número do Sinistro: 3190543006
Nome do(a) Examinado(a): Silmar Costa da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Ruth Pinheiro, 1030
Tancredo Neves Boa Vista RR CEP: 69313-512
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RR] 244598
Data local do acidente: [06/04/2019]
Data local do exame: [07/11/2019] BOA VISTA [RR]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO COM CONSEQUENTE FRATURA DO MIE: PLATÔ TIBIAL
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 03 MESES, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM OUTUBRO DE 2019
Complicações: MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + EDEMA CRONICO
Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + EDEMA CRONICO
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + ATROFIA MASCULAR + MARCHA CLAUDICANTE
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
CPF - 378.315.502-91
CRM/RR - 1032


Dra. Regina Claudia R. M. Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
ROE: 177

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190543006

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILMAR COSTA 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, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190543006 Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SILMAR COSTA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190543006 Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SILMAR COSTA DA SILVA

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190543006

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SILMAR COSTA 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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: SILMAR COSTA DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000004263-3

Conta: 0000067907-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: **61751448215** 4 - Nome completo da vítima: **SILMAR COSTA 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: **SILMAR COSTA DA SILVA** 6 - CPF: **61751448215**
7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **R: RUTH PINHEIRO** 9 - Número: **1030** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **TANCREDO NEVES** 12 - Cidade: **BOA VISTA** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **09313512**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): **95991413275**

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **4263** **3** CONTA: **67907** **0**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **BOA VISTA, 18/09/2019.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 133/2019/DAT - Boa Vista-RR, em 02/09//2019

COMUNICANTE: SILMAR COSTA DA SILVA

RG: 244538

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 617514482-15

ENDEREÇO: RUA - RUTH PINHEIRO, 1030

BAIRRO: TANCREDO NEVES

CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: AGRICULTOR

NATURALIDADE: ÓBIDOS

ESTADO: PA

DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1975 IDADE: 44 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: 1º GRAU INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTAVEL

TELEFONE: 991728558

Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI: FRANCISCO CONCEIÇÃO DA SILVA

NOME DA MÃE: RAIVUNDA COSTA DA SILVA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 08h50min do dia 06/04/2019, AVENIDA - NOSSA SENHORA DE NAZARÉ - CAIMBÉ.

O comunicante acima qualificado compareceu nesta Delegacia para relatar que transitava no endereço acima supracitado conduzindo HONDA/CG 25 ESD, Placa NAU 7628, Ano 2014/2014, Chassi 9C2JC4160E5112913 de propriedade do Senhor WELLINGTON MARTINS DA SILVA; Que o comunicante informa que estacionou em frente uma padaria no endereço acima citado, quando foi atingido na Lateral esquerda por uma MOTOCICLETA BIZ da qual o comunicante não sabe informar dados, pois o mesmo se evadiu do local. Que o comunicante foi socorrido por populares, em seguida levado para o HGR; Que em decorrência do Acidente o comunicante teve (FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO); Que o motivo do BO é para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL
OBSERV

Silmar Costa da Silva

SILMAR COSTA DA SILVA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que foi origem, conforme previsto nos Artigos 334 denunciação caluniosa e 340 comunicação falsa de crime ou de autor de crime do Código Penal Brasileiro."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENYE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



<p><i>Givanildo da Silva Vieira</i></p> <hr/> <p>AGENTE CARACERÁRIO DE POLICIA CIVIL Givanildo da Silva Vieira Mat. 042000855</p>	<p>•</p> <p>•</p>
---	-------------------



Escolha(n) o(s) tipo(s) da cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do documento ASI:

3 - CPF da vítima:

69751448215

4 - Nome completo da vítima:

SINMAR COSTA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo:

SINMAR COSTA DA SILVA

6 - Profissão:

AGRICULTOR

7 - Endereço:

R: RUTH DINHEIRO

8 - CEP:

69751448215

9 - Bairro:

TANCREDO NEVES

10 - Cidade:

BOA VISTA

11 - Complemento:

1030

12 - Estado:

13 - País:

14 - CPF:

09313512

95991413275

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

15 - Nome completo do Representante Legal:

16 - CPF do Representante Legal:

17 - Proissão do Representante Legal:

Declaro, com todos os fins de direito, reser o endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



ALICHO INFORMAR



SEM RENDA



R\$ 1.000,00 A R\$ 1.999,00



R\$ 2.000,00 A R\$ 2.999,00



R\$ 3.000,00 A R\$ 3.999,00



ACIMA DE R\$ 4.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPEANCA (Somente para menores de idade em Assistência Social)

☒ CONTA CORRENTE (Conta Corrente)

NOME DO BANCO: BANCO DO BRASIL

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (344)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

00000000000000000000

CONTA:

00000000000000000000

AGÊNCIA:

4263

3

CONTA:

67907

0

(Número da Agência)

(Número da Conta)

(Número da Agência)

(Número da Conta)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, do valor da indenização, o valor da indenização/seguro DPVAT a qual eu, por meio desta, reconheço e sendo, aceita a sua entrega e a entrega do crédito, a qual eu, por meio desta, reconheço e sendo, aceita a sua entrega e a entrega do crédito.

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

Declaro, sob as penas da lei, que esta pessoa não se encontra sob a tutela do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Fato motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

DECLARAÇÃO DE ONTOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Viúva)



Divorçado



Separado judicialmente



Vivo

24 - Data da

data de óbito:

25 - Grupos Beneficiários (verificar):

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

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

28 - Vítima

teve filhos?



Sim



Não

29 - Se vítima tiver, informar:

Vivos:

30 - Se vítima tiver, informar:

Falecidos:

31 - Vítima possui

dependentes (verificar):



Sim



Não

32 - Vítima

tem filhos?



Sim



Não

33 - Se vítima tiver, informar:

Vivos:

34 - Se vítima tiver, informar:

Falecidos:



Sim



Não

Fato motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por morte, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Fato motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por morte, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Fato motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por morte, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Fato motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por morte, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Fato motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por morte, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Fato motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por morte, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Fato motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por morte, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Fato motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por morte, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Fato motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por morte, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Fato motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por morte, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

35 - Nome legível de quem assina a proposta/pedido

36 - CPF legível de quem assina a proposta/pedido

37 - (X) Assinatura de quem assina a proposta/pedido

38 - (X) Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - (X) Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA, 18/09/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

44 - Assinatura do

TESTEMUNHAS

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: 13/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILMAR COSTA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000000067907-0

Nr. da Autenticação 09F24F26FF7D2E4C

**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: 3653656

JOICILENE GENTIL COSTA

R. RUTH PINHEIRO, 1030 ,

TANCREDO NEVES

69313512 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 253430	MÊS 09/2019	PERÍODO DE CONSUMO 01-OCT-16 a 30-APR-19
CONSUMO (kWh) 3782	VENCIMENTO 25-OCT-19	TOTAL A PAGAR R\$ 3.011,01

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**

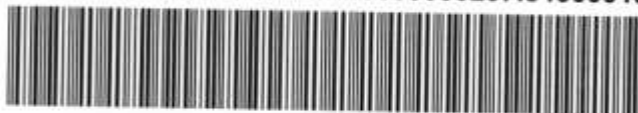
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 253430	MÊS 09/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 3.011,01
-------------------------------	-----------------------	--------------------------------------

836000000304.110100750006.000000000257.343009190152



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, WELWINTON MARTINS DA SILVA,
RG nº 167108, data de expedição 06/07/06,
Órgão RR, portador do CPF nº 69088977291, com
domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de
RR, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua
Ruth Pinheiro, nº 1093,
Bairro: Tomacredo Neves, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima SILMAR COSTA DA SILVA,
cujo o condutor era SILMAR COSTA DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/CG 125 FANESD

Ano: 2014/2014

Placa: NAU 7628

Chassi: 9C2JC4160ER029130

Data do Acidente: 06/04/2019

Local e Data: Boa Vista/RR, 09/05/19

Wilton Martins da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



DANIEL AQUINO

Cartório do 2º Ofício de Registro de Imóveis de Boa Vista, RR. Av. Almirante Torres, 4307 - São Francisco - Boa Vista, RR. Fone: (68) 3627-6186. E-mail: daniel.aquino@cartorio2boavista.com.br

138.235.5469/215161683
Reconhecido por VERDADEIRA a(s) firma(s)
WILLIAM MARTINS DA SILVA
Em testemunho da verdade, BGLC
De que dou fé, Boa Vista/RR, 20 de agosto de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: portaltram.com.br
REC.FIR.168296E66ODJAGPJW2QX22

138.235
Escritura Autorizada

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

[illegible]

Week 2: 10/20/2020

☐ Week 1

☐ Lesson 1

☐ Lesson 2

☐ Lesson 3

☐ Lesson 4

☐ Lesson 5

☐ Lesson 6

☐ Lesson 7

☐ Lesson 8

☐ Lesson 9

☐ Lesson 10

☐ Lesson 11

☐ Lesson 12

☐ Lesson 13

☐ Lesson 14

☐ Lesson 15

☐ Lesson 16

☐ Lesson 17

☐ Lesson 18

☐ Lesson 19

☐ Lesson 20

☐ Lesson 21

☐ Lesson 22

☐ Lesson 23

☐ Lesson 24

☐ Lesson 25

☐ Lesson 26

☐ Lesson 27

☐ Lesson 28

☐ Lesson 29

☐ Lesson 30

☐ Lesson 31

☐ Lesson 32

☐ Lesson 33

☐ Lesson 34

☐ Lesson 35

☐ Lesson 36

☐ Lesson 37

☐ Lesson 38

☐ Lesson 39

☐ Lesson 40

☐ Lesson 41

☐ Lesson 42

☐ Lesson 43

☐ Lesson 44

☐ Lesson 45

☐ Lesson 46

☐ Lesson 47

☐ Lesson 48

☐ Lesson 49

☐ Lesson 50

☐ Lesson 51

☐ Lesson 52

☐ Lesson 53

☐ Lesson 54

☐ Lesson 55

☐ Lesson 56

☐ Lesson 57

☐ Lesson 58

☐ Lesson 59

☐ Lesson 60

☐ Lesson 61

☐ Lesson 62

☐ Lesson 63

☐ Lesson 64

☐ Lesson 65

☐ Lesson 66

☐ Lesson 67

☐ Lesson 68

☐ Lesson 69

☐ Lesson 70

☐ Lesson 71

☐ Lesson 72

☐ Lesson 73

☐ Lesson 74

☐ Lesson 75

☐ Lesson 76

☐ Lesson 77

☐ Lesson 78

☐ Lesson 79

☐ Lesson 80

☐ Lesson 81

☐ Lesson 82

☐ Lesson 83

☐ Lesson 84

☐ Lesson 85

☐ Lesson 86

☐ Lesson 87

☐ Lesson 88

☐ Lesson 89

☐ Lesson 90

☐ Lesson 91

☐ Lesson 92

☐ Lesson 93

☐ Lesson 94

☐ Lesson 95

☐ Lesson 96

☐ Lesson 97

☐ Lesson 98

☐ Lesson 99

☐ Lesson 100

☐ Lesson 101

☐ Lesson 102

☐ Lesson 103

☐ Lesson 104

☐ Lesson 105

☐ Lesson 106

☐ Lesson 107

☐ Lesson 108

☐ Lesson 109

☐ Lesson 110

☐ Lesson 111

☐ Lesson 112

☐ Lesson 113

☐ Lesson 114

☐ Lesson 115

☐ Lesson 116

☐ Lesson 117

☐ Lesson 118

☐ Lesson 119

☐ Lesson 120

☐ Lesson 121

☐ Lesson 122

☐ Lesson 123

☐ Lesson 124

☐ Lesson 125

☐ Lesson 126

☐ Lesson 127

☐ Lesson 128

☐ Lesson 129

☐ Lesson 130

☐ Lesson 131

☐ Lesson 132

☐ Lesson 133

☐ Lesson 134

☐ Lesson 135

☐ Lesson 136

☐ Lesson 137

☐ Lesson 138

☐ Lesson 139

☐ Lesson 140

☐ Lesson 141

☐ Lesson 142

☐ Lesson 143

☐ Lesson 144

☐ Lesson 145

☐ Lesson 146

☐ Lesson 147

☐ Lesson 148

☐ Lesson 149

☐ Lesson 150

☐ Lesson 151

☐ Lesson 152

☐ Lesson 153

☐ Lesson 154

☐ Lesson 155

☐ Lesson 156

☐ Lesson 157

☐ Lesson 158

☐ Lesson 159

☐ Lesson 160

☐ Lesson 161

☐ Lesson 162

☐ Lesson 163

☐ Lesson 164

☐ Lesson 165

☐ Lesson 166

☐ Lesson 167

☐ Lesson 168

☐ Lesson 169

☐ Lesson 170

☐ Lesson 171

☐ Lesson 172

☐ Lesson 173

☐ Lesson 174

☐ Lesson 175

☐ Lesson 176

☐ Lesson 177

☐ Lesson 178

☐ Lesson 179

☐ Lesson 180

☐ Lesson 181

☐ Lesson 182

☐ Lesson 183

☐ Lesson 184

☐ Lesson 185

☐ Lesson 186

☐ Lesson 187

☐ Lesson 188

☐ Lesson 189

☐ Lesson 190

☐ Lesson 191

☐ Lesson 192

☐ Lesson 193

☐ Lesson 194

☐ Lesson 195

☐ Lesson 196

☐ Lesson 197

☐ Lesson 198

☐ Lesson 199

☐ Lesson 200

☐ Lesson 201

☐ Lesson 202

☐ Lesson 203

☐ Lesson 204

☐ Lesson 205

☐ Lesson 206

☐ Lesson 207

☐ Lesson 208

☐ Lesson 209

☐ Lesson 210

☐ Lesson 211

☐ Lesson 212

☐ Lesson 213

☐ Lesson 214

☐ Lesson 215

☐ Lesson 216

☐ Lesson 217

☐ Lesson 218

☐ Lesson 219

☐ Lesson 220

☐ Lesson 221

☐ Lesson 222

☐ Lesson 223

☐ Lesson 224

☐ Lesson 225

☐ Lesson 226

☐ Lesson 227

☐ Lesson 228

☐ Lesson 229

☐ Lesson 230

☐ Lesson 231

☐ Lesson 232

☐ Lesson 233

☐ Lesson 234

☐ Lesson 235

☐ Lesson 236

☐ Lesson 237

☐ Lesson 238

☐ Lesson 239

☐ Lesson 240

☐ Lesson 241

☐ Lesson 242

☐ Lesson 243

☐ Lesson 244

☐ Lesson 245

☐ Lesson 246

☐ Lesson 247

☐ Lesson 248

☐ Lesson 249

☐ Lesson 250

☐ Lesson 251

☐ Lesson 252

☐ Lesson 253

☐ Lesson 254

☐ Lesson 255

☐ Lesson 256

☐ Lesson 257

☐ Lesson 258

☐ Lesson 259

☐ Lesson 260

☐ Lesson 261

☐ Lesson 262

☐ Lesson 263

☐ Lesson 264

☐ Lesson 265

☐ Lesson 266

☐ Lesson 267

☐ Lesson 268

☐ Lesson 269

☐ Lesson 270

☐ Lesson 271

☐ Lesson 272

☐ Lesson 273

☐ Lesson 274

☐ Lesson 275

☐ Lesson 276

☐ Lesson 277

☐ Lesson 278

2. Wasserstoff
 3. Helium
 4. Li
 5. Be
 6. B
 7. C
 8. N
 9. O
 10. F
 11. Ne

FICHA DE ATENDIMENTO: _____ RA: _____

Atendimento	Idade	Sexo
811975	43 A. T. M. 24 D	89A0032
Estado Civil	Repado	Naturalidade
SOLTEIRO	PARNA	OBIDOS
Prof	FRANCISCO CONCEICAO DA SILVA	

BRASILERA

Nº da Cota	Validade	Função	Delegado
------------	----------	--------	----------

Projeto de Lei do Senado	Proposição	Orçamento	Valor	Previsão
--------------------------	------------	-----------	-------	----------

Procedimento Sol.	Resolvente: OIL RICARDO PEREIRA
-------------------	------------------------------------

☐ Síndrome Febriil ☐ Síndrome Respiratorio ☐ Síndrome Dengue

— *Journal of the American Medical Association*, 1997

ENCLOSURE 10/10/00
ENCLOSURE 10/10/00

make antibodies against

Edina ————— fall ②

Edna - Fall 6

☐ YES ☐ NO ☐ UNKNOWN ☐ OTHER ☐ NO ANSWER

[illegible]
$$- \quad - \quad - \quad | \quad - \quad - \quad \frac{+}{|} \quad - \quad + \quad - \quad - \quad -$$

— — — — —

RECEIVED. GENERAL DE ACQUINO

ARMADE 23112005 - 02001
CONTENIDO NAO VERIFICADO

20 SET 2019

GENTE BEGUADONA SIA

Lacinto e Assinatura do Médico

Abstract

2005-2006

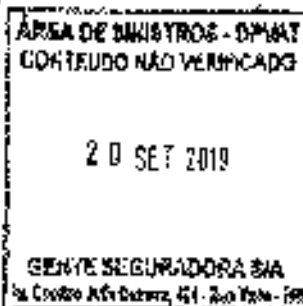
6/4/13 Faltas de Oropetia Dr. Jorge
ponto de vista com resultados
com base em testes em

1.1) Faltas de Oropetia em alguns
casos de tuberculose pulmonar
com exames e exames de laboratório
Dr. Jorge em ponto de vista

Dr. Jorge em ponto de vista
Shirley I.

Dr. Jorge em ponto de vista
em ponto de vista

Dr. Augusto Camargo
Médico Especialista
Otorrinolaringologia
CRM 154.154



BLOCO D

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLOCO D

SUS

Sistema Ministério
União da da
Saúde Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

2 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

4 - DATA DE NASCIMENTO

5 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

6 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

7 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

8 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

Paciente apresenta quadro clínico de
hipertensão arterial, com valores de
pressão arterial elevados, necessitando de
tratamento contínuo e acompanhamento médico.

9 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

1 - Hipertensão

10 - INFORMAR RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS REALIZADOS DE ACORDO COM O LAUDO

Exames realizados: Rastreamento de glicose, colesterol, etc.

11 - CONDIÇÕES DE SAÚDE DO PACIENTE

Doença crônica, com tratamento contínuo.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

12 - PRECISÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

13 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL

14 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

15 - TIPO DE ACIDENTE

16 - TIPO DE ACIDENTE

17 - TIPO DE ACIDENTE

18 - TIPO DE ACIDENTE

19 - TIPO DE ACIDENTE

20 - TIPO DE ACIDENTE

21 - TIPO DE ACIDENTE

22 - TIPO DE ACIDENTE

23 - TIPO DE ACIDENTE

24 - TIPO DE ACIDENTE

25 - TIPO DE ACIDENTE

26 - TIPO DE ACIDENTE

27 - TIPO DE ACIDENTE

28 - TIPO DE ACIDENTE

29 - TIPO DE ACIDENTE

30 - TIPO DE ACIDENTE

31 - TIPO DE ACIDENTE

32 - TIPO DE ACIDENTE

33 - TIPO DE ACIDENTE

34 - TIPO DE ACIDENTE

35 - TIPO DE ACIDENTE

36 - TIPO DE ACIDENTE

37 - TIPO DE ACIDENTE

38 - TIPO DE ACIDENTE

39 - TIPO DE ACIDENTE

40 - TIPO DE ACIDENTE

41 - TIPO DE ACIDENTE

42 - TIPO DE ACIDENTE

43 - TIPO DE ACIDENTE

44 - TIPO DE ACIDENTE

45 - TIPO DE ACIDENTE

46 - TIPO DE ACIDENTE

47 - TIPO DE ACIDENTE

48 - TIPO DE ACIDENTE

49 - TIPO DE ACIDENTE

50 - TIPO DE ACIDENTE

51 - TIPO DE ACIDENTE

52 - TIPO DE ACIDENTE

53 - TIPO DE ACIDENTE

54 - TIPO DE ACIDENTE

55 - TIPO DE ACIDENTE

56 - TIPO DE ACIDENTE

57 - TIPO DE ACIDENTE

58 - TIPO DE ACIDENTE

59 - TIPO DE ACIDENTE

60 - TIPO DE ACIDENTE

61 - TIPO DE ACIDENTE

62 - TIPO DE ACIDENTE

63 - TIPO DE ACIDENTE

64 - TIPO DE ACIDENTE

65 - TIPO DE ACIDENTE

66 - TIPO DE ACIDENTE

67 - TIPO DE ACIDENTE

68 - TIPO DE ACIDENTE

69 - TIPO DE ACIDENTE

70 - TIPO DE ACIDENTE

71 - TIPO DE ACIDENTE

72 - TIPO DE ACIDENTE

73 - TIPO DE ACIDENTE

74 - TIPO DE ACIDENTE

75 - TIPO DE ACIDENTE

76 - TIPO DE ACIDENTE

77 - TIPO DE ACIDENTE

78 - TIPO DE ACIDENTE

79 - TIPO DE ACIDENTE

80 - TIPO DE ACIDENTE

81 - TIPO DE ACIDENTE

82 - TIPO DE ACIDENTE

83 - TIPO DE ACIDENTE

84 - TIPO DE ACIDENTE

85 - TIPO DE ACIDENTE

86 - TIPO DE ACIDENTE

87 - TIPO DE ACIDENTE

88 - TIPO DE ACIDENTE

89 - TIPO DE ACIDENTE

90 - TIPO DE ACIDENTE

91 - TIPO DE ACIDENTE

92 - TIPO DE ACIDENTE

93 - TIPO DE ACIDENTE

94 - TIPO DE ACIDENTE

95 - TIPO DE ACIDENTE

96 - TIPO DE ACIDENTE

97 - TIPO DE ACIDENTE

98 - TIPO DE ACIDENTE

99 - TIPO DE ACIDENTE

100 - TIPO DE ACIDENTE

101 - TIPO DE ACIDENTE

102 - TIPO DE ACIDENTE

103 - TIPO DE ACIDENTE

104 - TIPO DE ACIDENTE

105 - TIPO DE ACIDENTE

106 - TIPO DE ACIDENTE

107 - TIPO DE ACIDENTE

108 - TIPO DE ACIDENTE

109 - TIPO DE ACIDENTE

110 - TIPO DE ACIDENTE

111 - TIPO DE ACIDENTE

112 - TIPO DE ACIDENTE

113 - TIPO DE ACIDENTE

114 - TIPO DE ACIDENTE

115 - TIPO DE ACIDENTE

116 - TIPO DE ACIDENTE

117 - TIPO DE ACIDENTE

118 - TIPO DE ACIDENTE

119 - TIPO DE ACIDENTE

120 - TIPO DE ACIDENTE

121 - TIPO DE ACIDENTE

122 - TIPO DE ACIDENTE

123 - TIPO DE ACIDENTE

124 - TIPO DE ACIDENTE

125 - TIPO DE ACIDENTE

126 - TIPO DE ACIDENTE

127 - TIPO DE ACIDENTE

128 - TIPO DE ACIDENTE

129 - TIPO DE ACIDENTE

130 - TIPO DE ACIDENTE

131 - TIPO DE ACIDENTE

132 - TIPO DE ACIDENTE

133 - TIPO DE ACIDENTE

134 - TIPO DE ACIDENTE

135 - TIPO DE ACIDENTE

136 - TIPO DE ACIDENTE

137 - TIPO DE ACIDENTE

138 - TIPO DE ACIDENTE

139 - TIPO DE ACIDENTE

140 - TIPO DE ACIDENTE

141 - TIPO DE ACIDENTE

142 - TIPO DE ACIDENTE

143 - TIPO DE ACIDENTE

144 - TIPO DE ACIDENTE

145 - TIPO DE ACIDENTE

146 - TIPO DE ACIDENTE

147 - TIPO DE ACIDENTE

148 - TIPO DE ACIDENTE

149 - TIPO DE ACIDENTE

150 - TIPO DE ACIDENTE

151 - TIPO DE ACIDENTE

152 - TIPO DE ACIDENTE

153 - TIPO DE ACIDENTE

154 - TIPO DE ACIDENTE

155 - TIPO DE ACIDENTE

156 - TIPO DE ACIDENTE

157 - TIPO DE ACIDENTE

158 - TIPO DE ACIDENTE

159 - TIPO DE ACIDENTE

160 - TIPO DE ACIDENTE

161 - TIPO DE ACIDENTE

162 - TIPO DE ACIDENTE

163 - TIPO DE ACIDENTE

164 - TIPO DE ACIDENTE

165 - TIPO DE ACIDENTE

166 - TIPO DE ACIDENTE

167 - TIPO DE ACIDENTE

168 - TIPO DE ACIDENTE

169 - TIPO DE ACIDENTE

170 - TIPO DE ACIDENTE

171 - TIPO DE ACIDENTE

172 - TIPO DE ACIDENTE

173 - TIPO DE ACIDENTE

174 - TIPO DE ACIDENTE

175 - TIPO DE ACIDENTE

176 - TIPO DE ACIDENTE

177 - TIPO DE ACIDENTE

178 - TIPO DE ACIDENTE

179 - TIPO DE ACIDENTE

180 - TIPO DE ACIDENTE

181 - TIPO DE ACIDENTE

182 - TIPO DE ACIDENTE

183 - TIPO DE ACIDENTE

184 - TIPO DE ACIDENTE

185 - TIPO DE ACIDENTE

186 - TIPO DE ACIDENTE

187 - TIPO DE ACIDENTE

188 - TIPO DE ACIDENTE

189 - TIPO DE ACIDENTE

190 - TIPO DE ACIDENTE

191 - TIPO DE ACIDENTE

192 - TIPO DE ACIDENTE

193 - TIPO DE ACIDENTE

194 - TIPO DE ACIDENTE

195 - TIPO DE ACIDENTE

196 - TIPO DE ACIDENTE

197 - TIPO DE ACIDENTE

198 - TIPO DE ACIDENTE

199 - TIPO DE ACIDENTE

200 - TIPO DE ACIDENTE

201 - TIPO DE ACIDENTE

202 - TIPO DE ACIDENTE

203 - TIPO DE ACIDENTE

204 - TIPO DE ACIDENTE

205 - TIPO DE ACIDENTE

206 - TIPO DE ACIDENTE

207 - TIPO DE ACIDENTE

208 - TIPO DE ACIDENTE

209 - TIPO DE ACIDENTE

210 - TIPO DE ACIDENTE

211 - TIPO DE ACIDENTE

212 - TIPO DE ACIDENTE

213 - TIPO DE ACIDENTE

214 - TIPO DE ACIDENTE

215 - TIPO DE ACIDENTE

216 - TIPO DE ACIDENTE

217 - TIPO DE ACIDENTE

218 - TIPO DE ACIDENTE

219 - TIPO DE ACIDENTE

220 - TIPO DE ACIDENTE

221 - TIPO DE ACIDENTE

222 - TIPO DE ACIDENTE

223 - TIPO DE ACIDENTE

224 - TIPO DE ACIDENTE

225 - TIPO DE ACIDENTE

226 - TIPO DE ACIDENTE

227 - TIPO DE ACIDENTE

228 - TIPO DE ACIDENTE

229 - TIPO DE ACIDENTE

230 - TIPO DE ACIDENTE

231 - TIPO DE ACIDENTE

232 - TIPO DE ACIDENTE

233 - TIPO DE ACIDENTE

234 - TIPO DE ACIDENTE

235 - TIPO DE ACIDENTE

236 - TIPO DE ACIDENTE

237 - TIPO DE ACIDENTE

238 - TIPO DE ACIDENTE

239 - TIPO DE ACIDENTE

240 - TIPO DE ACIDENTE

241 - TIPO DE ACIDENTE

242 - TIPO DE ACIDENTE

243 - TIPO DE ACIDENTE

244 - TIPO DE ACIDENTE

245 - TIPO DE ACIDENTE

246 - TIPO DE ACIDENTE

247 - TIPO DE ACIDENTE

248 - TIPO DE ACIDENTE

249 - TIPO DE ACIDENTE

250 - TIPO DE ACIDENTE

251 - TIPO DE ACIDENTE

252 - TIPO DE ACIDENTE

253 - TIPO DE ACIDENTE

254 - TIPO DE ACIDENTE

255 - TIPO DE ACIDENTE

256 - TIPO DE ACIDENTE

257 - TIPO DE ACIDENTE

258 - TIPO DE ACIDENTE

259 - TIPO DE ACIDENTE

260 - TIPO DE ACIDENTE

261 - TIPO DE ACIDENTE

262 - TIPO DE ACIDENTE

263 - TIPO DE ACIDENTE

264 - TIPO DE ACIDENTE

265 - TIPO DE ACIDENTE

266 - TIPO DE ACIDENTE

267 - TIPO DE ACIDENTE

268 - TIPO DE ACIDENTE

269 - TIPO DE ACIDENTE

270 - TIPO DE ACIDENTE

271 - TIPO DE ACIDENTE

272 - TIPO DE ACIDENTE

273 - TIPO DE ACIDENTE

274 - TIPO DE ACIDENTE

275 - TIPO DE ACIDENTE

276 - TIPO DE ACIDENTE

SILMAR COSTA DA SILVA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HER

F-15

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

DATA

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia

3 CEFALOTINA 1G EV 6/6H

4 TILATIL 20mg 12/12hs

5 DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N

6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20hs) VO DE 2/8h SE DOR INTENSA

7 PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8 RANITIDINA 50MG EV 8/8HS

9 SIMETICONA 60 LAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10 SSVV + CCGG 6/6 H

12 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG

14 CURATIVO DIÁRIO

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SG).
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 3UI; 301-350: 4UI;
351-400: 5UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML; GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Dr. AUGUSTO CARVALHO
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Adm. bloco para programação cirúrgica

Exame físico: SSK, adm med.
de: insulinas. Segue em SSK
de: insulinas. Segue em SSK.

Fernando A. Batista
Téc. em Radiologia
CORP - RN 24578

16/06/2015

BILF 15

SINAIS VITAIS

6 H

12 H

18 H

24 H

110/60

65

110/60

65

110/60

65

110/60

65

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

15

[Handwritten signature]

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: 12/08/1975

PACIENTE: **SILMAR COSTA DA SILVA**

DIAGNÓSTICO: **FX PILAO TIBIAL E**

ALERGIAS: **NEGA** HAS: **NAO** DM2: **NAO**

IDADE: **43** LEITO: **F15** DATA: **08/04/2019**

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	SFO, 0.9% 500ML, S/N EV	SN
3	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG	SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN
10	CURATIVO DIÁRIO	SN
11	SSVV + CCGG 6/6 H	SN
12	MORFINA 10 MG + SAD- 4ML EV G/G II 5/N (HA SALTA DO ITEM 6)	SN
13		
14		
16		

[Handwritten note: 12/08/1975]

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 16 UI E OUT GLICOSE > 300 DUL, GLICOSE 60% 40 ML EV - AVISAR A ANTONIETA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110x60	78	18	36,9°C
12 H	125/72	76	18	36
18 H	124/72	72	19	36,5°C
24 H	140x78	80		37,5°C

[Handwritten signature]

AO BLOCO

224 Paciente sem melhora no estado geral, com sinais vitais, 10/08/1975 a 10/08/1975 no 1º dia de internação.

7.30hs
 realizado procedimento
 de sutura 5/0, per
 red. no topário, p
 as condições de enfe
 ra sem

Dr. A. S. S. S.
 Tcc. Cirurgião
 010.11.1111

[Handwritten signature]



Unidade de Referência em

Protocolo

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente: **SILMAR COSTA**

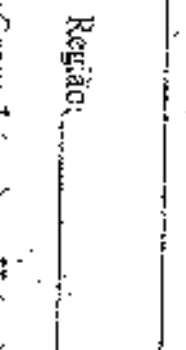
HGR

Leito: **35**Data: **08/04/13**

Localização

Região **MIE**

Região:



Grau: I () II ()

Grau: I () II ()

Etiologia

☐ LPP III IV ? ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☒ Trauma: ☐ Inalação ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia
☐ Outros:

☐ LPP III IV ? ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma: ☐ Inalação ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia
☐ Outros:

Apresentação

☐ Necrose: Amarela/Negra ☒ Esfacio ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:

☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacio ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:

Tipo Periférico

☒ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Externa / Rubor
☐ Outros:

☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Externa / Rubor
☐ Outros:

Tipo de Lesão

☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco
☐ Outros:

☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco
☐ Outros:

Quantidade de

☐ Molhado ☒ Seco ☐ Seco

☐ Molhado ☐ Limbo ☐ Seco

Solução de

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

Cobertura

☒ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outros:

☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outros:

Tela

☒ 11x13 ☒ 48x81 ☐ 48x81

☒ 11x13 ☐ 48x81 ☐ 48x81

Procedimento que

Realizado por: [Assinatura]
Procedimento: [Assinatura]

Observações:



Unidade de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo: 1

Paciente:

Silvana Costa Silva

Versão: 06

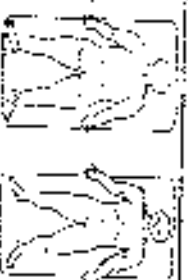
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Leito: 15

Data: 09/04/2019

Localização



Região: M I E



Região

Exatidão

Gravidade: I () II ()
LEP I, II, III, IV () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
Tração Fixador Externo () Ortopedia

Gravidade: I () II ()
LEP I, II, III, IV () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
Tração Fixador Externo () Ortopedia

Antecedentes de

() Maligno: Amarelado/Negro () Escarado () Granuloso () Epitelização
() Ferida fechada () Drenos/Sonda () Outros

() Necrose: Amarelado/Negro () Escarado () Granuloso () Epitelização
() Ferida fechada () Drenos/Sonda () Outros

Medicamentos em

() Normal () Maligno () Seca () Úlcera / Rubor
() Outros

() Normal () Maligno () Seca () Úlcera / Rubor
() Outros

Tipo de Ferimento

() Perfurante () Seroso () Sangüíneo () Seco
() Outros

() Perfurante () Seroso () Sangüíneo () Seco
() Outros

Qualidade de

() Molhado () Limbo () Seco

() Molhado () Limbo () Seco

Soluções de

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%
() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%

Cobertura

() Gaze () Colágeno/Fibrina () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outros

() Gaze () Colágeno/Fibrina () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outros

Outros

() 17/12 () 48/48 () 12/12 () 12/12

() 17/12 () 48/48 () 12/12 () 12/12

Profissional que

André Luiz de Almeida

Leandro da Silva Rocha

Observações

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	12/08/1975
PACIENTE	SILMAR COSTA DA SILVA				
AGNÓSTICA	FX PILAO TIBIAL E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	43	LEITO	F15	DATA	10/04/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SNV
2	SF0,9% 500ML S/N EV				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/8 HS OU VO 500MG 6/8HR				
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h BE DOR INTENSA				SNV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				molina
11	SSVV + CCGG 6/6 H				SSVV
12	MORFINA 10 MG + 9AD-4ML EV 6/6 H S/N NA FALTA DO ITEM 6)				SNV
13					
14					
16					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/ML GLICOSE 50% 40 MI. EV LAVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	130/70	71	19	36,2
12 H	160/90	83	18	36,5
18 H	130/80	96	19	37,1
24 H	170/60	75	19	36,2

Dr. Marcos Aguiar
 Médico Residente
 Serviço de Ortopedia e Traumatologia
 19/08/2019

AO BLOCO

30/8 faciente se
 supresso no leito
 realizado os pro
 cedimentos de enfer
 magem - SSVV.

Enfermeira
 Kelyany P. Paz

...co Realizado SSVV de
 ... paciente com repara
 ... até como
 ... aos cuidados

Kelyany P. Paz
 Tcn. de Enfermagem
 COREN-RR 628.047/2017

15
 209-1

Correção!

15

209-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN 12/08/1975

PACIENTE SILMAR COSTA DA SILVA

AGNÓSTICO FX PILAO TIBIAL E

ALERGIAS NEGA HAS NÃO DM2 NÃO
IDADE 43 LEITO F15 DATA 11/04/2019

ITEM _____ HORÁRIO S/N

1 DIETA ORAL LIVRE

2 SF0,9% 500ML S/N EV

5 DIFIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR

6 TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7 PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

9 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10 CURATIVO DIÁRIO

11 SSVV + CCGG 6/6 H

12 MORFINA 10 MG + 9AD-4ML EV 6/6 H S/N (NA FALTA DO ITEM 6)

13

14

16

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI;
251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E RU GLICOSE ≤ 7% DUML, GLICOSE 50% 40 ML
EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	121/82	84	18	36,5
12 H	120/50	81	20	36,8
18 H	125/64	86	18	36,1

Dr. Roberto Rezende

17/08/2015
Paciente em tratamento com insulina regular, sem hipoglicemia. Sem sinais de infecção. Sinais vitais estáveis. Evolução satisfatória.

AO BLOCO

Tatiana A. Batista
Téc. Enfermagem
CONEN - RR 71529

Paciente em tratamento com insulina regular, sem hipoglicemia. Sem sinais de infecção. Sinais vitais estáveis. Evolução satisfatória.

BLD 109-1
Paciente

CORRETOR

**409
1**

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	12/08/1975
PACIENTE	SILMAR COSTA DA SILVA				
AGNÓSTICO	FX PILAO TIBIAL E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	43	LEITO	409-1	DATA	12/04/2018
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SFO, 0,9% 500ML(S/N) EV				
3	DIPIRONA D1 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU D1 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICOGNA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	MORFINA 10 MG + SAD- 4ML EV 6/6 h (S/N) (NA FALTA DO ITEM 6)				
13					
14					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250. 2UI. 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400. 10 UI E CX GLUCOSE 5 70 DL/ML GLUCOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
11:12H	96/5/88	83	17	38,1	
18 H					
24 H					

Dr. Maurício Aguiar
 Médico
 CRM-RR 1592

AO BLOCO



SOLICITAÇÃO DE PARECER

Paciente: SILMAR COSTA DA SILVA

Idade: 43 anos

Data de Nascimento: 12/08/1975

Data da Internação (HGR): 06/04/2019

Data da Internação (Bloco D):

BLOCO: D

Leito: 409--1

De: Ortopedia

Para: Cardiologista

Paciente feminina de 43 anos de idade, aguardando programação cirúrgica por fratura de pilão tibial esquerdo.

Favor Risco Cirúrgico

Grato

12/04/2019

RECEBIDO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA
06/04/2019

12/04/2019 - Dr. Ricardo

Paciente WAS curado -
Sem dor para ser o melhor paciente

ÁREA DE SINISTROS - DENT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENE SEGURODORA SA

na Capela do Hospital AHI - 1114-1115-1116

Juan Ferreira de Sousa



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HGR

DATA DE ADMISSÃO 06/04/2019 DIH DN 12/08/1975

PACIENTE **SILMAR COSTA DA SILVA**

AGNÓSTICO **FRATURA DE PILAO TIBIAL ESQUERDA**

ALERGIAS **HAS**

IDADE **43** LEITO **409-1**

DM2

DATA

13/04/2019

PRESCRIÇÃO

ITEM **PRESCRIÇÃO** **HORÁRIO**

1 **DIETA ORAL LIVRE**

2 **AVP**

4 **OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N**

7 **TFNOXICAM 40 MG EV Q1 X DIA S/N**

8 **PLASIL 10MG EV 8/8H S/N**

9 **DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N**

10 **TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA**

11 **CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 10 MMHG**

12 **SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N**

13 **CURATIVO DIÁRIO**

14 **SSVV + CCGG 8/8 H**

ÁREA DE REGISTROS - DPVET

CONTROLE NÃO VERIFICADO

15

16

17

18

19

20

20 SET 2019

GENY SEGURADORA S/A

Av. Cayula José Bonfatti, 554 - São Paulo - SP

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

LXAME FÍSICO: BEG, LOTL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
 CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Edinson U...
 Médico Assistente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 12345



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO	06/04/2019	DIH		DN	12/08/1975
PACIENTE	SILMAR COSTA DA SILVA				
AGNÓSTICO	FRATURA DE PILAO TIBIAL ESQUERDA				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	43	LEITO	409-1	DATA	23/03/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SFC 0,8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 F OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSV + CCGG 8/8 H				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250. 2UI; 251-300. 4UI; 301-350. 6UI; 351-400. 8UI; ≥ 400. 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO, BEM-ESTAR, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 EXAME FÍSICO: BFG, LOTE, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO
 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
 CONDUTA: MANTIDA



SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Odinaldo Orsini
 Médico
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-155177



GOVERNO DO RIO DE JANEIRO
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Guilherme Medeiros

RECEITUÁRIO

O paciente, Selma Costa de S. L., Vítima de
acidente de trânsito e trauma direto no MIE
(06/04/2019) com fratura oclusal do pé direito
pelo TC no mesmo dia sendo indicada tratamento
cirúrgico devido trauma intra-articular e deslocament
do pé direito por um motor cirúrgico
Pelo tratamento com gesso.
Após consolidação e fratura tendo alta
ortopédica depois de 4 meses de tratamento: (13/08/2019)
com o pé direito pé direito (F)
Fratura do osso pé direito (F)
Hx. Siquis de Fratura 113 meses de pé direito (F)
consolid. e artroscopia pé direito (F)
paciente submetido ao tratamento e com
defeito funcional irreversível no MIE

DATA: 30/10/2019

Eduardo de C. Guerra
Ortopedista - Acupuntura

ÁREA DE BIOMETROS - DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENYE SEGURADORA S/A
 Av. Cayllho Jélio Bezerra, 484 - São Vitor - RJ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polegar Direito

Silmar Costa da Silva

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

244598

30/05/2019

SILMAR COSTA DA SILVA

FRANCISCO CONCEIÇÃO DA SILVA
 RAJMUNDA COSTA DA SILVA

OBIDOS - PA
 CERTD NASC 7688 FLS 90 LIV A-10
 OBIDOS-PA

617.514.482-15
 2ª VIA

12/08/1975

AMADEU ROCHA TEIANI
 Presidente do IAP

LEI Nº 7.119 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 012920146990
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 01305078192 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME
WELLITON MARTINS DA SILVA

CPF / CNPJ

690.889.772-91

PLACA

NAU7628

PLACA ANT. / UE

CHASSI

9C2JC4160ER029130

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.

GASOLINA

MARCA / MODELO

ANO FAB.

ANO MOD.

HONDA/CG 125 FAN ESD

2014

2014

CAP. POT. / CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2P/0124CC/

PARTICU

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

I *PAGO*

PAGO

1ª *****

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

A ** PAGO CO A ÚNICA **

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IDF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGU

R\$0.7

R\$185.5

14/03/2018

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR AMAZ

OCID *

Antonio Francisco Beserra Marques
Boa Vista - RR
DETRAN-RR

DATA

15/03/2018

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

RR Nº 012920146990 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA

CPF / CNPJ

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

01

690.889.772-91

2018

15/03/2018

PLACA

NAU7628

RENAVAM

MARCA / MODELO

01305078192

HONDA/CG 125 FAN ESD

ANO FAB.

CAT. DAP

Nº CHASSI

2014

9C2JC4160ER029130

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$81.29

R\$9.03

R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IDF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

R\$4.15

R\$0.7

R\$185.5

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

14/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Beserra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 484 - São Vito - SP

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

 Polegar Direito



Welliton Martins da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 167108 DATA DE EXPEDIÇÃO: 06/07/2006

NOME: WELLITON MARTINS DA SILVA

FILIAÇÃO:
LUIS MARTINS DA SILVA
MARIA ARLINDA DA SILVA

NATURALIDADE: ALTAMIRA - PA DATA DE NASCIMENTO: 08/04/1980

DOC. ORIGEM: CERTO NASC 18612 FLS 01 LIV 114
ALTAMIRA - PA

CPF: 690.889.772-91

2 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do IIOC

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

P 1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

548837

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0326360/19

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

CPF: 617.514.482-15

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 06/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILMAR COSTA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SILMAR COSTA DA SILVA : 617.514.482-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/09/2019
Nome: SILMAR COSTA DA SILVA
CPF: 617.514.482-15

SILMAR COSTA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190543006

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

Data do acidente: 06/04/2019

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO MIE: PLATÔ TIBIAL.

Descrição do exame físico: MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + EDEMA CRONICO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 03 MESES, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM OUTUBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/11/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190543006

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

Data do acidente: 06/04/2019

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO MIE: PLATÔ TIBIAL.

Descrição do exame físico: MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + EDEMA CRONICO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 03 MESES, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM OUTUBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/11/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25