



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

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200051029

Vítima: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 25/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003906**

Conta: **000008153-7**

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

Pag. 00745/00746 - carta_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJDF6 P8DTX VQ6BY D26YA

PROCURAÇÃO

Eu, Sygrid Talita de Sousa Martins, brasileiro (a), solteira, operadora de caixa, portador (a) da cédula de identidade RG nº 353236-4, inscrito (a) no CPF sob o nº 014.220.952-07, residente e domiciliado (a) na José Martins dos S. Neto, nº 1511, Bairro Senador Nélcio C., CEP 69.316.603, telefone nº 99161-6497, Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 10 de Fevereiro de 2020.

Sygrid Talita de Sousa Martins
OUTORGANTE.

SYGRID TALITA DE SOUSA MARTINS

FILIAÇÃO.....: ORLEES DOUGLAS RODRIGUES MARTINS
MARIA FERREIRA DE SOUSA *

NASCIMENTO.....: 22/08/1984
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO
SEXO: FEMININO


NATURALIDADE: BACABAL - MA
DOCUMENTO.....: R.G. 363236-4 SESP RR 10/11/2005

LEI Nº 9.049 DE 16 DE MAIO DE 1995

CPF: 014.228.952-07
TÍT. ELEITOR: CNH:



SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRT/RR - 30/03/2009



ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

MINISTERIO DO TRABALHO E EMPREGO		CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL	
		Nº 204.49768.83-4	
RR	003-0	1894666	Número
Sigurd Talib de S. Martins.			
ASSISTENTE SOCIAL			
			
03			

seu Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo Decreto-lei nº 29.103/32 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT, o empregado obrigatório para o exercício de qualquer atividade profissional.

Os dados deverão ser registrados todos os dados do contrato de trabalho, elementos básicos do reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a criação da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de garantia do tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento é o seu estado de conservação, e a condução a qualificação e as atividades exercidas em seu portador.

Esta sua importância, e seu dever protegê-la e salvá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade dos direitos como trabalhador e cidadão, também, como cidadão, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FUNDOS DE AMPARO AO TRABALHO HADOR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041697/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/11/2019 22:29 Data/Hora Fim: 25/11/2019 22:58
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 25/11/2019
Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 25/08/2019 06:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Pintolândia
Logradouro: AV. GENERAL ATAÍDE TEIVE
Complemento: CRUZAMENTO COM NAZARÉ FILGUEIRAS
Ponto de Referência: EM FRENTE AO DUAS RODAS MOTO PEÇAS
Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Bacabal Sexo: Feminino Nasc: 22/08/1994
Profissão: Operador de Caixa Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Ferreira de Souza Nome do Pai: Orles Douglas Rodrigues Martins
Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 014.220.952-07
RG - Carteira de Identidade: 353236-4

Endereço

Município: Boa Vista - RR Nº: 1511
Logradouro: R José M dos S Neto
Complemento: CASA CEP: 69.316-603
Bairro: Senador Hélio Campos
Telefone: (95) 99161-6497 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA HONDA 150cc PLACA NUJ-2827	CPF/CNPJ do Proprietário 790.396.502-68
Placa NUJ2827	Renavam 00551859890
Número do Motor KC16E8D322786	Número do Chassi 9C2KC1680DR322786
Ano/Modelo Fabricação 2013/2013	Cor AMARELA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI

Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Frank Pessoa de Carvalho
Data de Impressão: 25/11/2019 22:58
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041697/2019

Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 21/08/2017
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Sygridd Talita de Sousa Martins	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Sr. Delegado de Polícia compareceu nesta DP a comunicante acima qualificada para informar o seguinte fato: Que no dia e horário acima trafegava em via pública conduzindo o veículo acima MOTOCICLETA HONDA CG 150cc PLACA NUJ-2827, quando ao aproximar se do semáforo que fica no cruzamento da Av. Gal. Ataíde Teive com Av. Nazaré Figueiras ao parar a motocicleta para evitar a colisão com o veículo que parou bruscamente a sua frente (não sabe informar modelo ou condutor) perdeu o controle do veículo vindo a cair na via sofrendo lesão corporal com fratura; Que a vítima foi socorrida por populares que passavam no momento do acidente, em seguida foi acionado o SAMU que prestou atendimento no local em seguida foi encaminhada ao PSE/HGR onde ficou hospitalizada no Grande Trauma daquela unidade hospitalar para avaliação médica onde foi constatada fratura clavícula direita além de várias escoriações pelo corpo, que e posteriormente foi submetida a cirurgia ortopédica na região da fratura. É o que tem a comunicar.

ASSINATURAS

Frank Pessoa de Carvalho
Agente de Polícia
Matrícula 042000410
Responsável pelo Atendimento

Sygridd Talita de Sousa Martins
(Comunicante / Vítima)

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

17/09/2019

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Pernambuco
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

significação
melhor

Reclassificação

Classificação

Reclassificação

<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

DIURNO 07-19 93

1901162880	17/09/2019 11:18:09	FICHA DE ATENDIM		CLINICA MEDICA			
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS		22/08/1994	25 A 0 M 26 D	709005840154316	01422095207	00055776	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IGNORADO	3532364	SSPRR	10/11/2006	F	SOLTEIRO(A)	PARD	NATURALIDADE
Mãe							
MARIA FERREIRA							
Endereço							
RUA - S-32 - 1511 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR							

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
VERDE	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso Pressão
				37.30	130 x 80
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA				Registrado por:
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			EDVAN.NASCIMENTO
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA				

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

FRATURA EM CLAVICULA D,

Anamnese de Enfermagem
Nega alergia, HAS, DM

GSC **TOTAL**
AQ: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Paciente com história de acidente de moto há cerca de 20 dias com fratura de clavícula (D)

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

MSD imobilizado.

Hipótese Diagnóstica

Trauma

SADT - Exames Complementares

() RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto. Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

12 DEZ. 2019

OUTROS: Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel reprodução Original

PRESCRIÇÃO

PRESCRIÇÃO

- Dipirona 1g (5)

- Desemmet crown 1ong (5)

APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

Conduta	
---------	--

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

() Ambulatório
() Observação (Até 24h)
() Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____ : ____:____

	óbito
--	-------

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

() **IM1 Anatomia Patológica**

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ronilson
Data Hora: 17/09/2019 11:22:41



1901162880

190116288

© 2019
SOTECH - Soluções em Tecnologia
ISA - Inteligência em Saúde
v. 4.2.00 - 01/08/22

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Ortopedista Dr. Wallyson
Paciente V. L. de Almeida Santos Almeida
24 anos acidente de moto há 72 horas
S.I.C.
Eff do + defeito do ombro
Rx fratura clavícula (D)
H.O. O mesmo
L.O. melhora + melhoras
Internadas

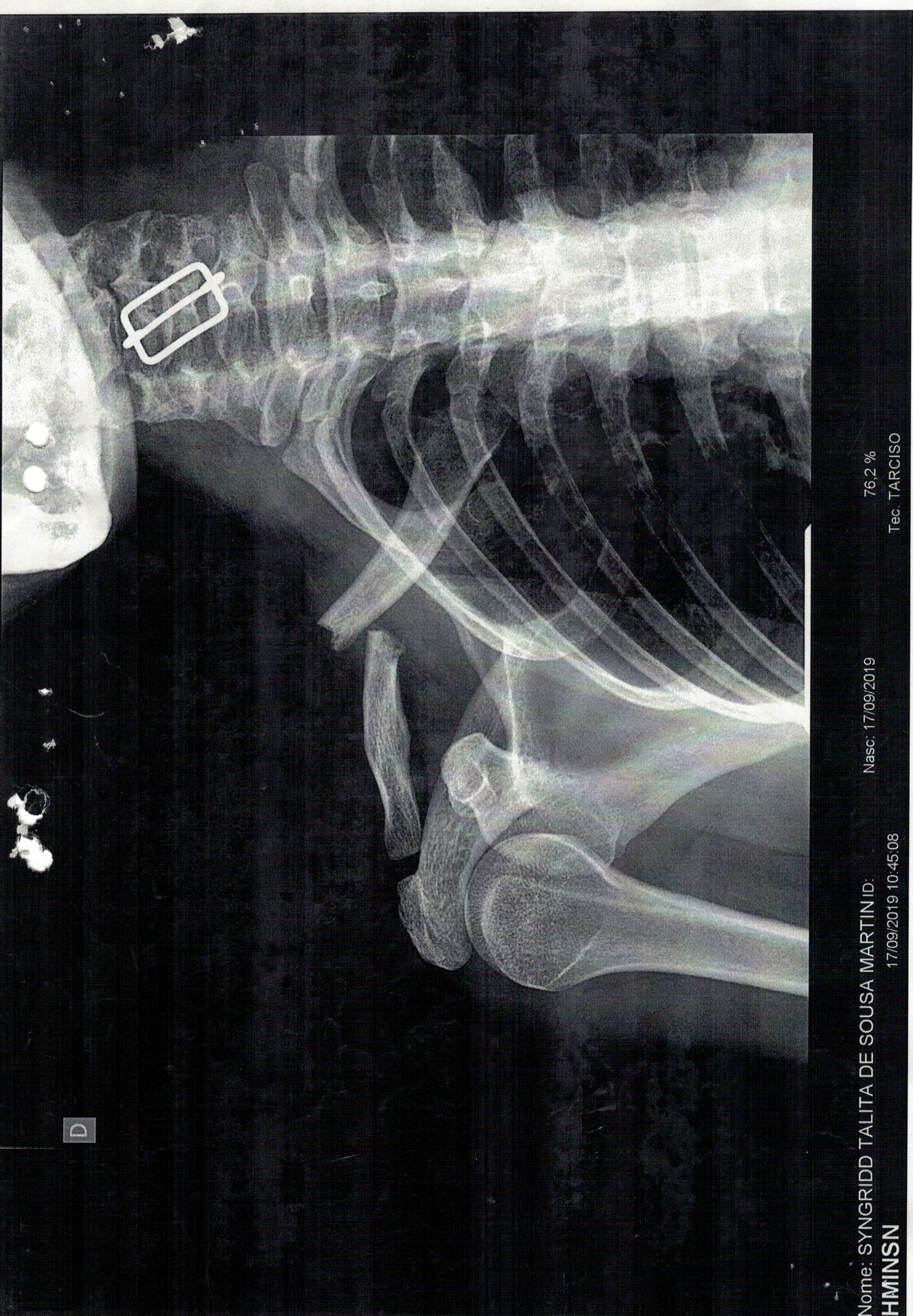
Dr. Odinachi Ottoni
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 165.114.114

20128517



SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS
FEM 24A 17/09/2019 13:33:24
PARA SALA DE COLETA





Nome: SYNGRIDD TALITA DE SOUSA MARTIN ID:

HMINSN

Nasc: 17/09/2019

76,2 %

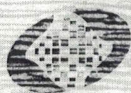
17/09/2019 10:45:08

Tec. TARCISO



INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Coral. Ligue 135 ou envie e-mail através do Fale Conosco, localizado no PreviNet (www.previdencia.gov.br)



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



000101



SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS
JOSE MARTINS DOS SANTOS NETO 1511
SENADOR HELIO CAM
BOA VISTA - RR
69316.603



501319698741955000000925330180919

2347
2364
2322
2322
2322

REMETENTE

009459

INSS
AG DA PREVIDENCIA SOCIAL BOA VISTA/RR
AV. GLAYCON DE PAIVA, 132 PREDIO
CENTRO
BOA VISTA - RR
69301.250

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> MUDOU-SE | <input type="checkbox"/> RECUSADO | <input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO |
| <input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE | <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO | <input type="checkbox"/> AUSENTE | |
| <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO | <input type="checkbox"/> FALECIDO | |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:/...../.....

EM:/...../.....

RESPONSÁVEL

VISTO

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, Sygrid Talita de Sousa Martins, brasileiro
(a), solteira, operador de caixa portador (a) do RG nº
353236-4, inscrito (a) no CPF sob o nº 014.220.952-07, residente e
domiciliado (a) na Josi Martins dos S. Neto, nº 1511, Bairro
Imador Hilio C, Boa Vista-RR, CEP 69.316.603, telefone
nº (95) 99161-6497, DECLARA não ter condições de arcar com
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 10 de Februario de 2020.

Sygrid Talita de Sousa Martins
DECLARANTE

10/03/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº **013746251841**

VIA **01** COD. RENAVAM **00551859890** RNTC **2017** EXERCÍCIO **2017**

NOME
DELEY RIECELLY SOUSA DE JESUS

CPF/CNPJ **790.396.502-68** PLACA **NUJ2827**

PLACA ANT/UF **NUJ2827 RR** CHASSI **9C2KC1680DR322786**

ESPECIE TIPO **PAS/MOTOCICLETA/NAU APL U** COMBUSTIVEL **ALIT/DI/GALDI**

MARCA/MODELO **HONDA/CG150 FAN ESDI** ANO FAB **2013** ANO MOD **2013**

CAP/POT/CIL **2F/0149CC/** CATEGORIA **PARTICU** COR PREDOMINANTE **AMARELA**

COTA UNICA ***PAGO*** VENC. COTA UNICA ***PAGO*** VENC/COTAS **1º *******

FAIXA I.P.V.A. **** PAGO COTA UNICA **** PARCELAMENTO/COTAS **2º *******

3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) **08/08/2017** IOF (R\$) **08/08/2017** PRÊMIO TOTAL (R\$) **08/08/2017** DATA DE PAGAMENTO **08/08/2017**

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR AMAZ OCID *

BOA VISTA-RR
Antonio Francisco Beserra Marques
Diretor Presidente
DETRAN-RR

DATA **23/08/2017**

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

RR Nº 013746251841 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
790.396.502-68 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO **2017** DATA EMISSÃO **23/08/2017**

VIA **01** CPF / CNPJ **790.396.502-68** PLACA **NUJ2827**

RENAVAM **00551859890** MARCA / MODELO **HONDA/CG150 FAN ESDI**

ANO FAB **2013** CAT. TARIF. **9C2KC1680DR322786** Nº CHASSI **9C2KC1680DR322786**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) **R\$81.29** DENATRAN (R\$) **R\$9.03** CUSTO DO SEGURO (R\$) **R\$90.33**

CUSTO DO BILHETE (R\$) **R\$4.15** IOF (R\$) **R\$0.7** TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) **R\$185.5**

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO **08/08/2017**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

013746251841
0484349204

PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 1563:		SAMU 192		
EQUIPE SAMU BV		EQUIPE: Jacqueline Dirjan						
UNIDADE: BRAVO II								
Paciente: Sygud Távila de Souza Martins		Idade: 25		Sexo: Fem.				
Nacionalidade: Brasileira		Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia						
Endereço: Av. Itade Teixeira 54		Bairro: Pindamonias						
Nº 14456		DATA 25/08/19		HORA J/9: 6:59		BASE () VIA [X] RÁDIO [X]		
Médico (a) Regulador (a): Dr. Nisson		HORA J/10: 7:04				() CELULA		
MOTIVO INICIAL: Queda moto								
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X)		1 a 3 horas ()		4 a 24 horas ()		Mais de 24 horas ()		
Não sabe ()								
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA								
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica								
<input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Transferência								
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAF <input type="checkbox"/> Envenenamento <input checked="" type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Exame complementar								
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAB <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Urgência clínica <input type="checkbox"/> Outros								
ACIDENTE DE TRÂNSITO								
VÍTIMA		MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITENS DE SEGURANÇA		
<input type="checkbox"/> Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado		<input checked="" type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta		<input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus		<input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Outro		
						<input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança		
AVALIAÇÃO INICIAL								
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA		
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradpnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia		<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Extremidade		<input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora		
SINAIS VITAIS E ESCORES								
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 07:20	120/80	118	20	99				
Fim 08:32	120/80	102	18	100				
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA								
LESÃO IDENTIFICADA						ABERTURA OCULAR		
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros						4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta		
						RESPOSTA VERBAL		
						5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta		
						RESPOSTA MOTORA		
						6 - Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta		
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA				
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Assistolia		<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Digestiva		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso				
				<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros				
GRAVIDADE COMPROVADA		[] Ileso <input checked="" type="checkbox"/> Pequena [] Média [] Severa [] Óbito						
		Dr. Luiz Fernando Junges						
		Cirurgia Geral						
		RQE: 759 / CRM-RR 1583						
		Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)						
[] Cancelamento [] Recusa de Atendimento [] Hospitalização				<input checked="" type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros				

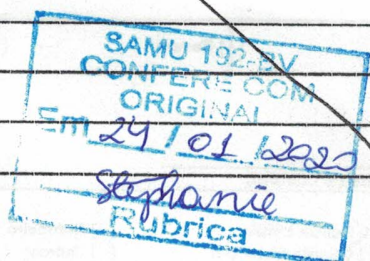
PERTE DO PACIENTE	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
TERMO DE RECUSA	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE			
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante	
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco nº _____	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp nº _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Vítima Fem 25ª, queda de moto encontrada ao solo sem capacete, apresentando ter feito uso de bebida alcoólica, avaliação primária SIA, na secundária apresenta possível fratura em clavícula (D) escoriações múltiplas em mm SS/II, com SSVV preservados, ATW ao MR e encaminhada ao Gt SIA no percurso.

materiais utilizados:
02 pares de luvas p
02 " " " G.
01 atadura 15 cm.



jaqueline
650.506.

Assinatura e carimbo do profissional