



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: SYGRID TALITA DE SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 25/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SYGRID 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: SYGRID 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, retorno 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

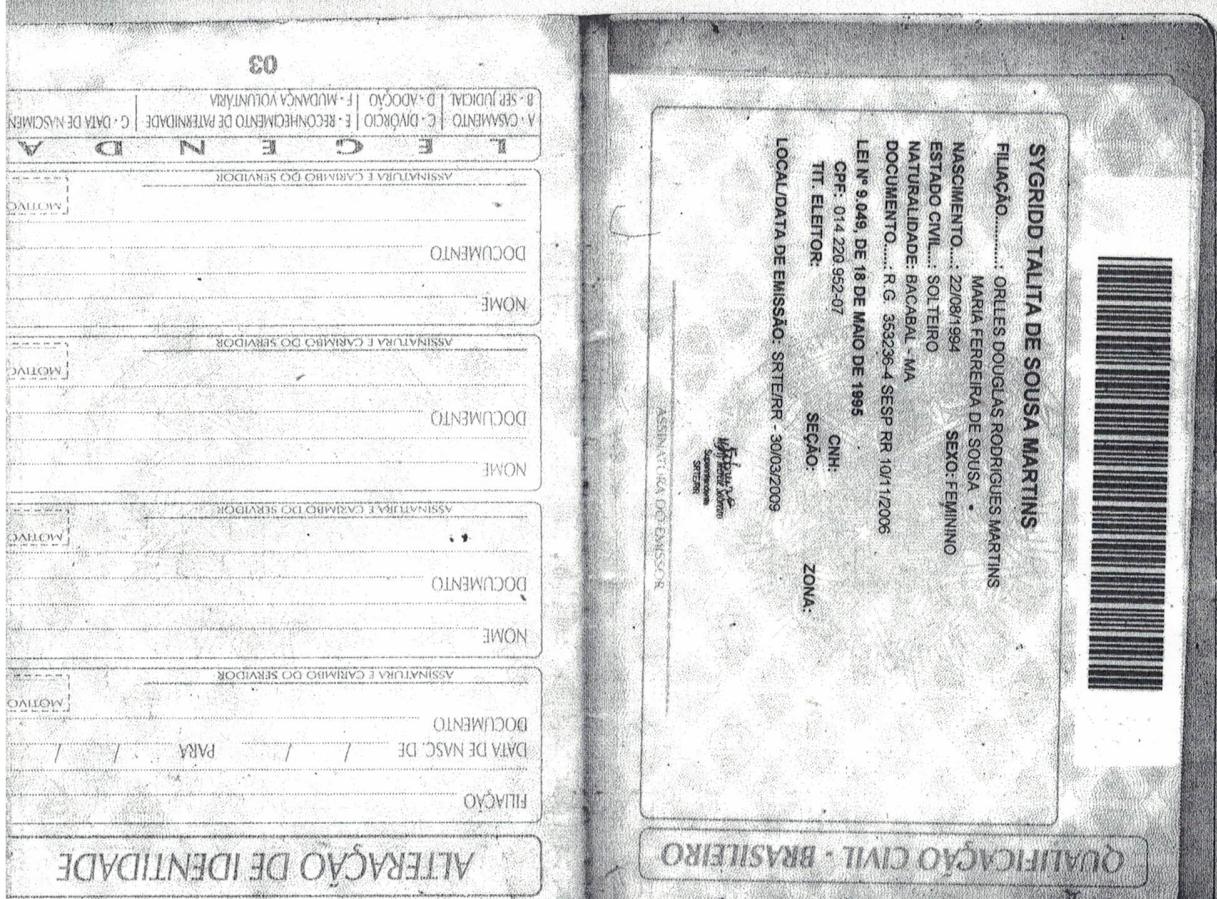
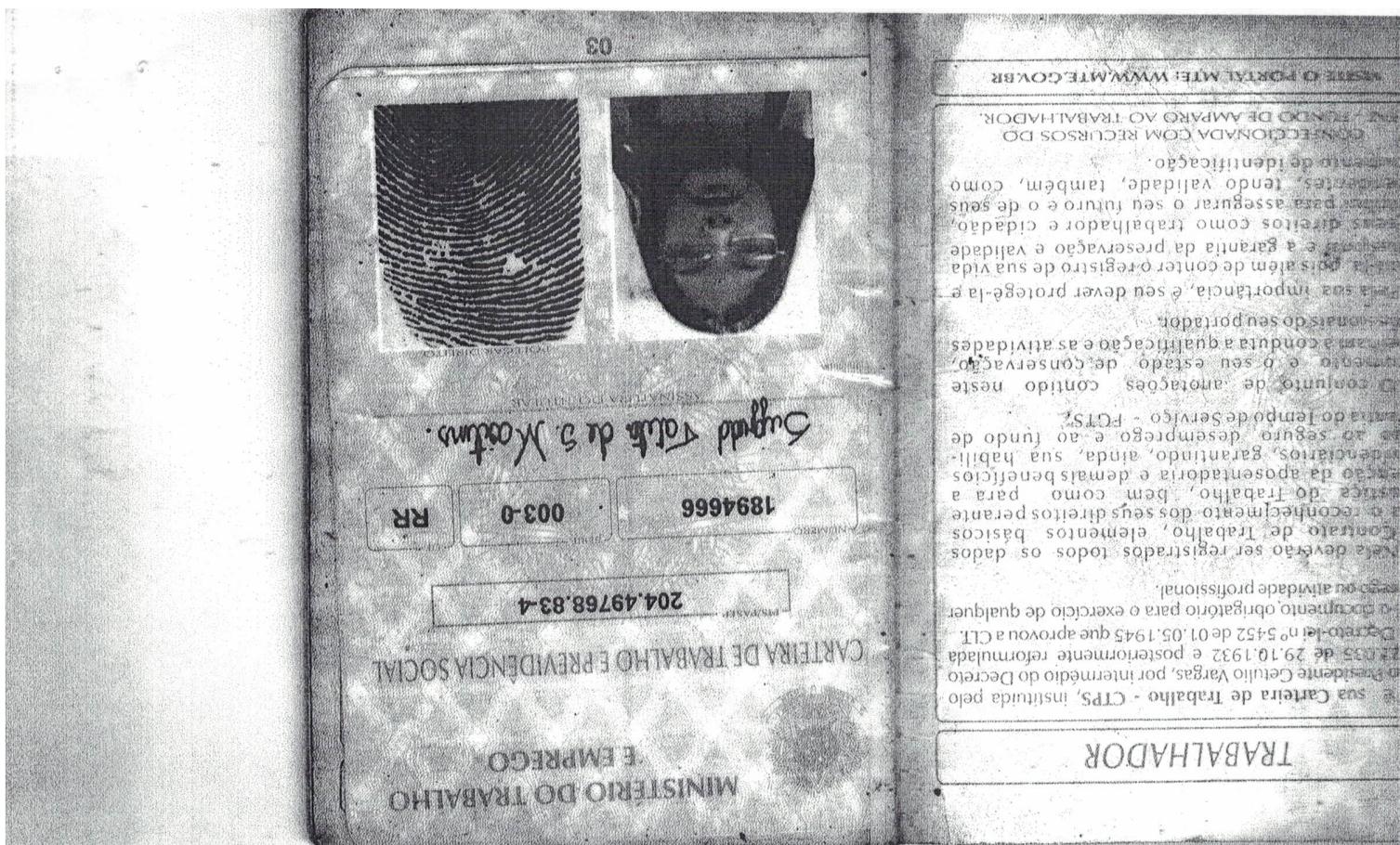


PROCURAÇÃO

Eu, Sygrid Talita de Souza Martins, brasileiro (a), solteiro, operador 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 idoso. Nito, nº 1511, Bairro Senador Nilo 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 prante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, com fim específico para 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 Souza Martins
OUTORGANTE.





**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

Meio(s) Empregado(s)

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

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: Orlles 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

Página 1 de 2

Impresso por: Frank Pessoa de Carvalho

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Data de Impressão: 25/11/2019 22:58

Protocolo nº: Não disponível





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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 Policia compareceu nesta DP a comunicante acima qualificada para informar o seguinte fato: Que no dia e horário acima traçava 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. Ataide Teive com Av. Nazaré Figueirais 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 constada 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 Policia

Matrícula 042000410

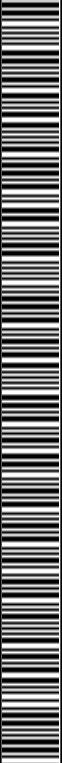
Responsável pelo Atendimento

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 poderéi responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciaçāo Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5LB 4471F JHMGG 456Y3



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

17/09/2019

...: Guia de Atendimento 1/ ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gómes, 3308

Classificação	Reclassificação	Classificação
Preto	Vermelho	Vermelho
Amarelo	Laranja	Laranja
Verde	Verde	Amarelo
Azul Ass.	Azul Ass.	Verde

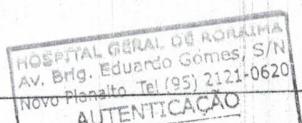
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

1901162880	17/09/2019 11:18:09	FICHA DE ATENDIMENTO		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
Paciente	SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade
IGNORADO	3532364	SSPRR		10/11/2006	F	SOLTEIRO(A)	PARD	BRASILEIRA
Mãe	MARIA FERREIRA							
Endereço	ORLENS DOUGLAS RODRIGUES MART							
RUA - S-32 - 1511 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR	Ocupação NÃO INFORMADA							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
VERDE	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				Peso	Pressão		
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	130 x 80			
SPA - PRONTO ATENDIMENTO	URGÊNCIA			37.30				
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.					
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTÂNEA							
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
FRATURA EM CLAVICULA D,								
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL							
Nega alergia, HAS, DM	AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6							

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente com história de acidente de moto
há cerca de 20 dias com fratura de clavícula
MSD imobilizado.

Exame Físico



Hipótese Diagnóstica

Trauma

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

PRESCRIÇÃO

- Dipirona 1g (6) -
- Dextrometorfano 10mg (6)

12 DEZ. 2019
Sob
Certifico e dou Fé que a presente
copia é fidel Reprodução Original
copia é fidel Reprodução Original
presente no Hospital

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 M&I Anatomia Patológica / / : :

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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

© 2019
SOTECOM - Soluções em Tecnologia
Sist. - Integridade em Saúde
Vers. 4.2.00 - 01.08.92



Ortopedie Dr. Wagner
Pacut V. Lira da henni Contro Clavicle (D)
que acaudut id mola her 72 Sennos
S.1. C Elf do + elefanta Clavicle
Rx fratura Clavicle (D)
H.D O mimo
L.D onfrena + Imbragues
Internales

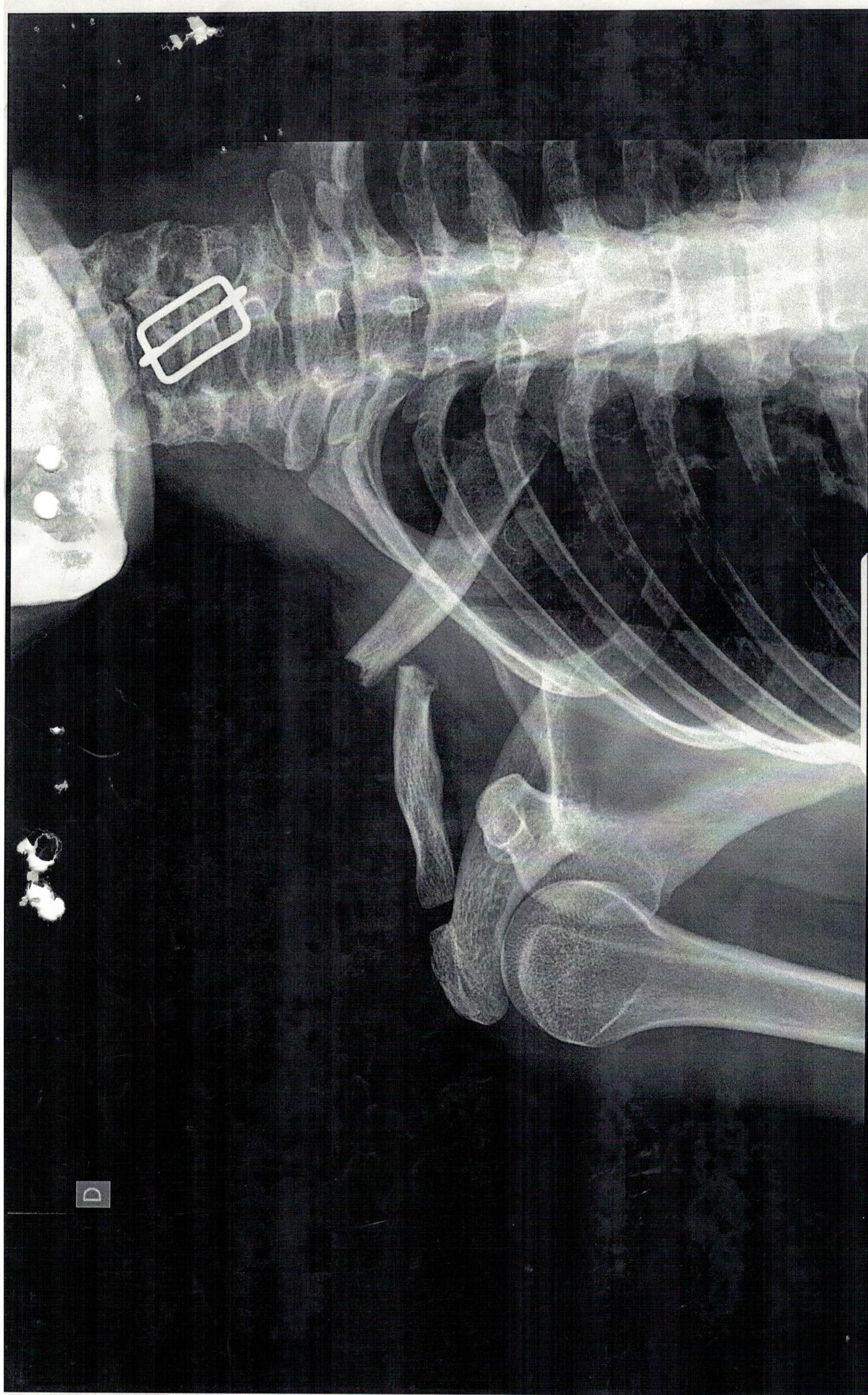
Dr. Odinachi Okemini
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18511RR

20128517



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





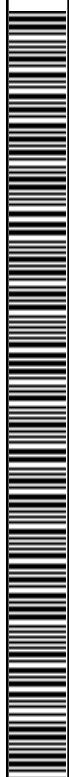
Nome: SYNGRID TALITA DE SOUSA MARTIN ID:
HMINSN

17/09/2019 10:45:08

Nasc: 17/09/2019

76,2 %
Tec. TARCISO

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJYyG9 WUY3K7W4XG UASEY



INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral.
Ligue 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet (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



5013196987419550000000925330180919

23/03/2022
23/03/2022
23/03/2022
23/03/2022

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 Taita de Souza Martins, brasileiro
(a), Bolívar, portador da carteira portador (a) do RG nº
353236-1, inscrito (a) no CPF sob o nº 014.220.952-07, residente e
domiciliado (a) na José Martins dos S. Neto, nº 1511, Bairro
Brinador Nílio 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 Fevereiro de 2020.

Sygrid Taita de Souza Martins
DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-RR N° 013746251841
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
01	00551859890		2017
NOME			
DELEY RIECELLY SOUSA DE JESUS			
CPF/CNPJ	PLACA		
790.396.502-68	NUJ2827		
PLACA ANT/UF	CHASSI		
NUJ2827 RR	9C2KC1680DR322786		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLETA/NAU API 1C	AI (11/2011)		
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG150 FAN ESDI	2013	2013	
CAP/POT/OIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2F/0149CC/	PARTICU.	AMARELA	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
PAGO		*PAGO*	1º *
FAIXA I.P.V.A.		PERCELAMENTO/COTAS	2º *
* * PAGO COTA UNICA *			3º *
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
			08/08/2017
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR AMAZ OCID *			
DATA		DATA	
23/08/2017		23/08/2017	
EDAN VISTAL-RR		EDAN VISTAL-RR	
Antonio Francisco Beserra Marques		Antonio Francisco Beserra Marques	
Diretor Presidente		Diretor Presidente	
DETAN-RR		DETAN-RR	

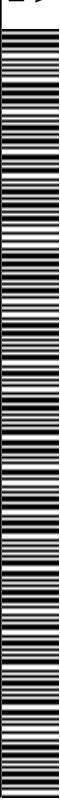
SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

RR N° 013746251841 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO MERCADO 2017
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
01	790.396.502-68	2017	23/08/2017
RENAVAM	PLACA		
00551859890	NUJ2827		
MARA / MODELO		Nº CHASSI	
HONDA/CG150 FAN ESDI		9C2KC1680DR322786	
ANO FAB.	CAT TARIF.		
2013			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$ 81,29	R\$ 9,03	R\$ 90,33	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)	
R\$ 4,15	R\$ 0,7	R\$ 185,5	
PAGAMENTO			
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO		
DATA DE QUITAÇÃO			
08/08/2017			
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04			
www.seguradoralider.com.br			
0484349-244			
JUL 2017			



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

 FICHA DE ATENDIMENTO EQUIPE SAMU BV UNIDADE: BRAVO II	Nº 1563: 																														
			EQUIPE: Jacqueline / Jefan																												
Paciente: <u>Sugid Tavares de Souza Martins</u> Idade: <u>25</u> Sexo: <u>Homem</u> Nacionalidade: <u>Brasileira</u> Raça: <u>Branca</u> <input type="checkbox"/> <u>Negra</u> <input type="checkbox"/> <u>Parda</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Amarela</u> <input type="checkbox"/> <u>Indígena-Etnia</u> Endereço: <u>AV: Maide Reire 154</u> Bairro: <u>Rioblanca</u>																															
Nº <u>14456</u> DATA <u>25/08/19</u>	HORA J/9: <u>6:59</u> BASE () VIA <input checked="" type="checkbox"/> RÁDIO <input type="checkbox"/> HORA J/10: <u>7:04</u> () CELULA <input type="checkbox"/>																														
MOTIVO INICIAL <u>Queda moto</u>	INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> 4 a 24 horas <input type="checkbox"/> Mais de 24 horas <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>																														
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito</td> <td><input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica</td> <td><input type="checkbox"/> Queimadura</td> <td><input type="checkbox"/> Urgência obstétrica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento</td> <td><input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio</td> <td><input type="checkbox"/> Choque elétrico</td> <td><input type="checkbox"/> Transferência</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agressão física - FAF</td> <td><input type="checkbox"/> Envenenamento</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Queda</td> <td><input type="checkbox"/> Exame complementar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agressão física - FAB</td> <td><input type="checkbox"/> Afogamento</td> <td><input type="checkbox"/> Urgência clínica</td> <td><input type="checkbox"/> Outros</td> </tr> </table>					<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											
<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 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pedestre</td> <td><input type="checkbox"/> Pé</td> <td><input type="checkbox"/> Ônibus</td> <td><input type="checkbox"/> Automóvel</td> <td><input type="checkbox"/> Bicicleta</td> <td><input type="checkbox"/> Capacete</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Condutor</td> <td><input type="checkbox"/> Automóvel</td> <td><input type="checkbox"/> Micro-ônibus</td> <td><input type="checkbox"/> Motocicleta</td> <td><input type="checkbox"/> Animal</td> <td><input type="checkbox"/> Cinto de segurança</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Passageiro</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta</td> <td><input type="checkbox"/> Outro</td> <td><input type="checkbox"/> Ônibus</td> <td><input type="checkbox"/> Outro</td> <td><input type="checkbox"/> Airbag</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ignorado</td> <td><input type="checkbox"/> Bicicleta</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Micro-ônibus</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Assento para criança</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> Pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Capacete	<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Animal	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Airbag	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Bicicleta		<input type="checkbox"/> Micro-ônibus		<input type="checkbox"/> Assento para criança			
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> Pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Capacete																										
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Animal	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança																										
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Airbag																										
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Bicicleta		<input type="checkbox"/> Micro-ônibus		<input type="checkbox"/> Assento para criança																										
AVALIAÇÃO INICIAL <table border="0"> <tr> <td>VIAS AÉREAS</td> <td>VENTILAÇÃO</td> <td>CIRCULAÇÃO</td> <td colspan="2">AVAL NEUROLÓGICA</td> </tr> <tr> <td> <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro: _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Apréia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia </td> <td> <input type="checkbox"/> Bradicardíco <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Púlsos radial ausente <input type="checkbox"/> Púlsos centrais ausentes SIA <input type="checkbox"/> Cianose central </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Miase <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria I D E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora </td> </tr> </table>					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"/> Apréia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardíco <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Púlsos radial ausente <input type="checkbox"/> Púlsos centrais ausentes SIA <input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Miase <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria I D E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora																		
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"/> Apréia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardíco <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Púlsos radial ausente <input type="checkbox"/> Púlsos centrais ausentes SIA <input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Miase <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria I D E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora																												
SINAIS VITais E ESCORES <table border="0"> <tr> <td>Hora</td> <td>P.A mm/hg</td> <td>F.C Bpm</td> <td>F.R Mpm</td> <td>Sat O₂ %</td> <td>T. Axilar °C</td> <td>Glicemia</td> <td>Esc. visual "DOR"</td> <td>Glasgow</td> </tr> <tr> <td>Inicio 07:20</td> <td>120</td> <td>80</td> <td>18</td> <td>20</td> <td>99</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Final 07:32</td> <td>120</td> <td>80</td> <td>102</td> <td>18</td> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow	Inicio 07:20	120	80	18	20	99				Final 07:32	120	80	102	18	100			
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow																							
Inicio 07:20	120	80	18	20	99																										
Final 07:32	120	80	102	18	100																										
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA <table border="0"> <tr> <td>LESÃO IDENTIFICADA</td> <td>ABERTURA OCULAR</td> </tr> <tr> <td> <ol style="list-style-type: none"> Dor Hematoma Contusão Escoriação Lacerção Luxação Fratura fechada Fratura exposta Amputação Evisceração Afundamento de crânio Ferimento penetrante Tórax instável Enfisema subcutâneo Ferida aspirativa Empalamento Outros </td> <td> <ol style="list-style-type: none"> Esportânea Ao comando À dor Sem resposta </td> </tr> <tr> <td></td> <td>RESPONSA VERBAL</td> </tr> <tr> <td></td> <td> <ol style="list-style-type: none"> Orientado Confuso Palavras inapropriadas Palavras incompreensíveis Sem resposta </td> </tr> <tr> <td></td> <td>RESPONSA MOTORA</td> </tr> <tr> <td></td> <td> <ol style="list-style-type: none"> Obedece a comandos Localiza a dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Sem resposta </td> </tr> </table>					LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR	<ol style="list-style-type: none"> Dor Hematoma Contusão Escoriação Lacerção Luxação Fratura fechada Fratura exposta Amputação Evisceração Afundamento de crânio Ferimento penetrante Tórax instável Enfisema subcutâneo Ferida aspirativa Empalamento Outros 	<ol style="list-style-type: none"> Esportânea Ao comando À dor Sem resposta 		RESPONSA VERBAL		<ol style="list-style-type: none"> Orientado Confuso Palavras inapropriadas Palavras incompreensíveis Sem resposta 		RESPONSA MOTORA		<ol style="list-style-type: none"> Obedece a comandos Localiza a dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Sem resposta 															
LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR																														
<ol style="list-style-type: none"> Dor Hematoma Contusão Escoriação Lacerção Luxação Fratura fechada Fratura exposta Amputação Evisceração Afundamento de crânio Ferimento penetrante Tórax instável Enfisema subcutâneo Ferida aspirativa Empalamento Outros 	<ol style="list-style-type: none"> Esportânea Ao comando À dor Sem resposta 																														
	RESPONSA VERBAL																														
	<ol style="list-style-type: none"> Orientado Confuso Palavras inapropriadas Palavras incompreensíveis Sem resposta 																														
	RESPONSA MOTORA																														
	<ol style="list-style-type: none"> Obedece a comandos Localiza a dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Sem resposta 																														
AVALIAÇÃO CARDIÁCA <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rítmo Sinusal</td> <td><input type="checkbox"/> FV</td> <td><input type="checkbox"/> Neurológica</td> <td><input type="checkbox"/> Metabólica</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Alergias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal</td> <td><input type="checkbox"/> TV</td> <td><input type="checkbox"/> Respiratória</td> <td><input type="checkbox"/> Infeciosa</td> <td><input type="checkbox"/> Cardiopatia</td> <td><input type="checkbox"/> Outros</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Flutter Atrial</td> <td><input type="checkbox"/> AESP</td> <td><input type="checkbox"/> Cardiovascular</td> <td><input type="checkbox"/> HAS</td> <td><input type="checkbox"/> Medicação de uso</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fibrilação atrial</td> <td><input type="checkbox"/> Assistolia</td> <td><input type="checkbox"/> Digestiva</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Rítmo Sinusal	<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infeciosa	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Medicação de uso		<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Digestiva						
<input type="checkbox"/> Rítmo Sinusal	<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias																										
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infeciosa	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros																										
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Medicação de uso																											
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Digestiva																													
AFFEÇÃO CLÍNICA <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pequena</td> <td><input type="checkbox"/> Média</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Pequena	<input type="checkbox"/> Média																									
<input type="checkbox"/> Pequena	<input type="checkbox"/> Média																														
HISTÓRIA PECULIAR <p>Dr. Luiz Fernando Junges Cirurgia Geral RQE: 759 CRM-RR 1583</p>																															
GRAVIDADE COMPROVADA <input type="checkbox"/> Ileso <input checked="" type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Sevra <input type="checkbox"/> óbito																															
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)																															
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento / <input type="checkbox"/> Hospitalizado																															
<input type="checkbox"/> Policia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> Outros																															

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

PERTINÊNCIA 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: _____
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 laringea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas				
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bóugie	<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 n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	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, escoriações múltiplas em mm SS/II, com SSVV preservados, ATIW ao MR e encaminhada ao GIC SIA no percurso.

Materiais utilizados:

62 pares de luvas p

62 " " Gr.

01 atadura 15 cm.



Janequeline
650.506