



## FICHA DE ATENDIMENTO

EQUIPE SAMU/BV

UNIDADE

BRAVO III

Nº

265

Paciente: Francisco Lelmo do CarmoNacionalidade: BrasileiroEndereço: N 30 C Nazaré FigueiraIdade: 40

Sexo:

M

Raça: Branca  Negra  Parda  Amarela  Indígena-Etnia

Bairro:

Senador Teles

Câmara

Nº 2565 DATA 16/01/19

HORA J/9:

21:43

BASE

VIA

Médico (a) Regulador (a):

MESES

DIA

HORA J/10:

21:50

RÁDIO

CELULAR

Queda de Moto

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora  1 a 3 horas  4 a 24 horas  Mais de 24 horas  Não sabe 

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Gravidez         | <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Agressão física / esganecimento | <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 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

VEÍCULO	VEÍCULO COLIDIDO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	TIPO DE SEGURANÇA
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Capacete
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Alberg
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Assento para criança

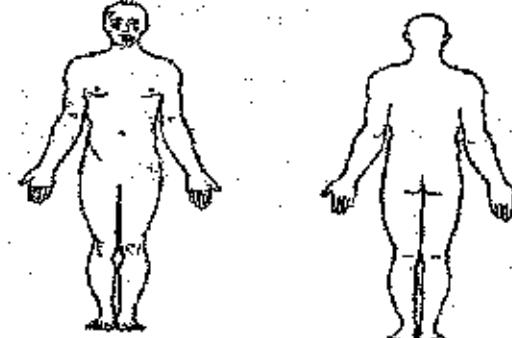
## VIAZAREAS

TIPO DE AÇÃO	OCORRÊNCIA	AVAN. NEUROLOGICA
<input type="checkbox"/> Livro	<input type="checkbox"/> Apneia	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Obstrução Pcial	<input type="checkbox"/> Disponção	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipnélia	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora

Horas	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Min	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Eac. visual "DOR"	Glasgow
Inicio	11:55	110	60	85	19	97		
Fim								

## LESÃO IDENTIFICADA

- 1 - Dor
- 2 - Hematoma
- 3 - Contuso
- 4 - Escoriação
- 5 - Lacerção
- 6 - Luxação
- 7 - Fratura fechada
- 8 - Fratura exposta
- 9 - Amputação
- 10 - Evaceração
- 11 - Afundamento de crânio
- 12 - Fêrentimento penetrante
- 13 - Tórax instável
- 14 - Emisânea subcutânea
- 15 - Ferida aspirativa
- 16 - Empalamento
- 17 - Outros



## ABERTURA GÊNITAL

- 4 - Espontânea
  - 3 - Ao comando
  - 2 - À dor
  - 1 - Sem resposta
- RESPOSTA GÊNITAL
- 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

ANALISE	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
<input type="checkbox"/> Ritmo Sintusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sintusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Cardiopatia
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AEEP	<input type="checkbox"/> HAS
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Asistolica	<input type="checkbox"/> Medicina de uso

GRADUAÇÃO	LEVE	PAQUENA	MÉDIA	SEVERA	ÓBITO
<input type="checkbox"/> Graduações	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Paquena	<input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Óbito

Assinatura e Corrimbo Médico (Unidade de Destino)

- 1 - Cancelamento
- 2 - Recusa de Atendimento / Hospitalização
- 3 - Não se encontrava no local
- 4 - Trote

SAMU 192-BV  
CONFERE COM  
ORIGINAL

Em 22/11/19

[ ] Bombeiro

[ ] Guarda Municipal

[ ] SMTRAN

Stephanie



## FICHA DE ATENDIMENTO

EQUIPE SAMU/BV

UNIDADE: SAV

Nº

0160

SAMU 192

Paciente:

Francisco Adelmo do Carmo, idade: 79

Nacionalidade:

Brasileiro

Endereço:

Intercity de Brav 11

EQUIPE: Geralvane / Rocha / Marcelle

Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia

Sexo:

M

Bairro:

Bairros

Nº 2565 DATA 10/02/19

Médico (a) Regulador (a):

Luis

HORA J/9:

BASE ( ) VIA ( )

( ) RÁDIO

Atividade:

Paciente de moto

Horário:

HORA J/10:

( ) CELULAR

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [ ] 1 a 3 horas ( ) 4 a 24 horas ( ) Mais de 24 horas ( ) Não sabe ( )

- Acidente de trânsito-  
 Agressão física / Empurrando  
 Agressão física - FAF  
 Agressão física - FAB
- Urgência psiquiátrica  
 Tentativa de suicídio  
 Envenenamento  
 Afogamento
- Quimadura  
 Choque elétrico  
 Queda  
 Urgência clínica
- Urgência obstétrica  
 Traumatologia  
 Exame complementar  
 Outros

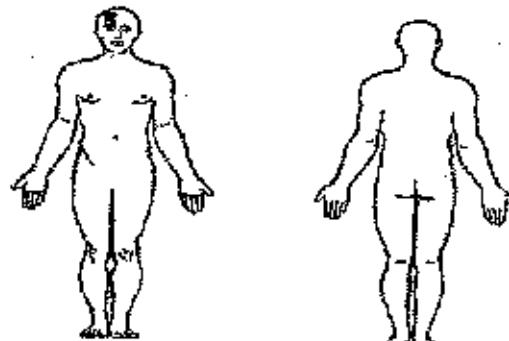
VITIMA		MEIO DE TRANSPORTE		OUTRA SORTE ENCONTRADA		MÉTODOS DE SEGURANÇA	
<input checked="" type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input checked="" type="checkbox"/> Capacete	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Animal	<input type="checkbox"/> Alvoag	<input type="checkbox"/> Assento para criança
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta			<input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Outro		
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Bicicleta			<input type="checkbox"/> Moto-ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Motos		

SINTOMAS		EXAMES		TRATAMENTO		AVARIA/INTERFERÊNCIA	
<input type="checkbox"/> Livre		<input type="checkbox"/> Aprópria		<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input checked="" type="checkbox"/> Tachicardico	<input type="checkbox"/> Miose	
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial		<input type="checkbox"/> Dispnéia		<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"		<input type="checkbox"/> Midriase	
<input type="checkbox"/> Obstrução Total		<input type="checkbox"/> Bradipneia		<input type="checkbox"/> Pulo radial ausente		<input type="checkbox"/> Aclorose	<input type="checkbox"/> ID / E
<input type="checkbox"/> Corpo estranho		<input type="checkbox"/> Taquipneia		<input type="checkbox"/> Pulo central suspeito		<input checked="" type="checkbox"/> Aparatenamento Alcoolizado	
<input type="checkbox"/> Outro:		<input checked="" type="checkbox"/> Expresso		<input type="checkbox"/> Clancose central	<input type="checkbox"/> Extremidade	<input checked="" type="checkbox"/> Agitação psicótica	

SINTOMAS/EXAMES/ESCOLAS							
Mora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Min	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemias	Escl. visual "OCR"
Inicio	110x70	108	16	97%	—	—	Glasgow
Final							9

## LESÃO IDENTIFICADA

- 1 - Dor
- 2 - Hematoma
- 3 - Contusão
- 4 - Escoriação
- 5 - Lacerção
- 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



## ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
  - 3 - Ao comando
  - 2 - À dor
  - 1 - Sem resposta
- RESPOSTA VISUAL
- 5 - Orientado
  - 4 - Confuso
  - 3 - Palavras inapropriadas
  - 2 - Palavras incompreensíveis
  - 1 - Sem resposta

## RESPIRAÇÃO

- 6 - Obedece a comando
- 5 - Localiza a dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Sem resposta

## AVALIAÇÃO NEUROLOGICA

AVALIAÇÃO NEUROLOGICA		AVALIAÇÃO NEUROLOGICA		AVALIAÇÃO NEUROLOGICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Rítmo Síndical	<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Taquicardia Síndical	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infecciosa	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> IHAS	<input type="checkbox"/> Medicação de uso	
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assitolia	<input type="checkbox"/> Digestiva			

## ESTRUTURA SOMATOMOTOR

[ ] Isco

[ ] Pequena

[ ] Média

[ ] Severa

[ ] Óbito

Tales Saade

Médico

Assinatura/Carimbo Médico (Unidade de Destino)

- [ ] Cancelamento
- [ ] Recusa de Atendimento / [ ] Hospitalização
- [ ] Não se encontrava no local
- [ ] Trote



- [ ] Polícia Militar
- [ ] Guarda Municipal
- [ ] ISMTRAN

SAMU 192-BV

CONFIRME OS DADOS

ORIGINAL

Data: 11/02/19

Assinatura

TERMO DE PERCUSÃO DO PACIENTE	Descrição:	SAMU 192.977 CONFECÇÃO CENTRAL 22/11/19		
	Nome do Receptor:	VTPC		
	Função do Receptor:	Dra. Marlene		
	Assinatura do Receptor:			
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boca Vista, nesta oportunidade:			
	Assinatura do Paciente:	RG:		
TESTEMUNHA 01:	RG:			
TESTEMUNHA 02:	RG:			

Idade Gestacional: Perda de líquido: BCF:	GESTANTE		
	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Parto fetal na vulva	
	<input type="checkbox"/> Cooperações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante	
	<input type="checkbox"/> Cooperações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
<input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Cânula de Guedel <input type="checkbox"/> Cateter nasal 4 L/min <input type="checkbox"/> Máscara facial 4 L/min <input type="checkbox"/> Bolsa+valva+ máscara 4 L/min <input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal <input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelão n°	<input type="checkbox"/> Máscara laringea <input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie <input type="checkbox"/> Cricolaringostomia cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Oximetria <input type="checkbox"/> Dreno de tórax <input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorização cardíaca <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Headblock <input type="checkbox"/> Prancha longa <input type="checkbox"/> Tirantes <input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Parto vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea de emergência <input type="checkbox"/> Imobilização de luxação <input type="checkbox"/> Outros:
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FARMACO	DOSE	VIA	HORA
01 cateter de 82 adulto			

#### OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Intercaptação de Bravos 3, paciente vítima de acidente de trânsito com luxamento do nível da cossidura. Aquandamos VTR na Av. Staíde Teve apoio Estado Ribeirão. O paciente estava em prancha firida e imobilização cervical, ECB e sem sangramento ativo, com lesão em superfície D. 3º grau vitais estavam. Encaminho ao trauma/HGR com os SCN, monitorização e reações colinérgicas. TCE modulada.

Manoel Marques  
2018

MM

Realizado intercaptação da Bravos 3, reposando vítima com prancha, colar cervical, ECB em mala de plástico, vitais estavam estáveis, encaminhado ao HGR/67 com 01 cateter tipo oral, sem intercorrências.

<b>DESCRIÇÃO DO RECEPTOR</b>	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
	Declaro, para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/São Vista, nesta oportunidade:
Assinatura do Paciente:	
TESTEMUNHA 01:	RG:
TESTEMUNHA 02:	RG:

Idade Gestacional: Perda de líquido: SBF:	<b>GESTANTE</b>						
	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partas fetais na vulva					
	<input type="checkbox"/> Contratações entre 3-6 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante					
<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>							
<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Câmla de Guedel <input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min <input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min <input type="checkbox"/> Bolha-velva-máscara: ____ L/min <input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal  <input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso Galco nº ____ 18	<input type="checkbox"/> Máscara laringea <input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie <input type="checkbox"/> Cricotiracostomia cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Oximetria <input type="checkbox"/> Dreno de tórax <input type="checkbox"/> Descompressão torácica  <input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp nº ____ 16	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Headblock <input checked="" type="checkbox"/> Pancha longa <input type="checkbox"/> Titântio <input type="checkbox"/> KED  <input type="checkbox"/> Acesso intráósseo	<input type="checkbox"/> Imobilização da fratura <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Parto vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea de emergência <input type="checkbox"/> Imobilização de luxação <input type="checkbox"/> Outros:				
<b>MEDICAMENTOS PRESCRITOS</b>							
FARMACO	DOSE	VIA	HORA	FARMACO	DOSE	VIA	HORA

#### OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Vítima de queda de moto, desacordado, aparentemente alcoolizado, apresentando TCE, com pupilas anisocoria, vômito de sangue e saturação abaixa, pedimos a poça da SAV ao PR,

SAMU 192-EV	
CONFERE COM	
ORIGINAL	
EM 22/11/19	
Stephanie	
RUE	





Hospital Geral de Roraima - HGR  
RESUMO DE ALTA HOSPITALAR  
CLÍNICA MÉDICA  
IDENTIFICAÇÃO



Nome: Francisco Adelmo do Carmo Pereira

Idade: 44 anos

Data de internação no HGR: 16/02/19

Diagnóstico: TCE GRAVE + HSA Traumática

**Resumo da História Clínica:** Paciente admitido em UTI II-HGR em 16/02/19, procedente do Grande Trauma após entrada em emergência vítima de acidente de trânsito - TCE Grave + HSA Traumática com necessidade de IOT. Sem conduta neurocirúrgica. Foi admitido na UTI em estado gravíssimo, instável hemodinamicamente, compensado com DVA em dose moderada, respirando com ajuda de aparelhos, sob sedoanalgesia e neuroproteção. Durante a internação, evoluiu com PNM associada à ventilação mecânica e IRA sem necessidade de TRS. Foi transferido ao Bloco E (08/03/19) aos cuidados da Clínica Médica e admitido estável hemodinamicamente, acianótico, anictérico, corado, hidratado, afebril, sem foco infecioso ativo com boa diurese; ECG 15, pupilas isocônicas e fotorreativas, mantendo melhora clínica e neurológica progressiva. Apresentou escara em região sacral grau II. Durante internação em Bloco E, apresentou-se ativo no leito, comunicativo, colaborativo; discreto edema em MMII sem cacofo. Referindo funções fisiológicas preservadas. Sem sonda vesical. Nega vômitos, febre, diarreia, cefaleia e tontura. Refere melhora de fraqueza e do quadro de tontura, conseguindo deambular sem apoio. Apresenta melhora da força ao exame físico. Segundo parecer de neurocirurgia, paciente evolui neurologicamente estável, com TC de crânio sem alterações e estado satisfatório em relação à TC do crânio de entrada (admissão). Hoje, paciente ainda apresenta melhora da força muscular, úlcera por pressão em região sacral grau II.

**Obs.:** solicito acompanhamento para tratamento de úlcera por pressão junto à UBS.

**EXAME FÍSICO**

Bom estado geral, vigi, lúcido e orientado, fáscies atípicas, biotipo brevelíneo, anictérico, acianótico, afebril ao toque, hidratado, corado e eupneico em ambiente.

**Aparelho Cardíaco:** ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros.

**Aparelho Respiratório:** Murmúrio Vesicular Universamente Auditível em ambos hemitórax, sem ruídos adventícios.

**Abdome:** Flácido, RRA presentes, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias ou sinais de irritação peritoneal.

**Extremidades:** Panturrilhas livres, pulsos simétricos, perfusão periférica < 3 segundos.

**Seguimento:** encauinho ao Ambulatório da Neurocirurgia e acompanhamento em Unidade Básica de Saúde.

**Em caso de piora, oriento paciente a retornar a este Hospital para atendimento médico no Pronto Socorro.**

Médico Residente, Dr. Alex Matos  
Sob Orientação, Dra. Jérula Lima

Boa Vista-RR, 15 de março de 2019





FICHA DE ENCAMINHAMENTO - HGR

PACIENTE:	Francisco Adelino de Souza	SUS
ENDERECO		BAIRRO: Rosal do Sol
NOME DA MÃE:	Maria M. de Souza	
DATA DE NASCIMENTO:	10/01/76	IDADE: 44a
CPF		FONE: 99118-8720
SEXO: MASC	<input checked="" type="checkbox"/>	FEM <input type="checkbox"/>

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO: Neurocirurgia

Paciente vítima de acidente automobilístico (greve de moto) implantando HGA (traumatizada com conducta clínica).  
ICE queixa com necessidade de IOT (23 dias na UTI).  
Boa evolução clínica, neurológicamente estável, sem extubação em TIC.  
RESULTADOS DOS EXAMES de cérebro de controle da Pto (realizado pela  
HIPÓTESE DIAGNÓSTICADA (neurocirurgia) CID: [redacted]  
Neurocirurgia: ótico de compromento ambilateral.

ALEX MATOS  
Médico Residente  
Clínica Médica  
CRM-RR-2854

MÉDICO  
(ASSINATURA E CARIMBO)

DATA: 15/10/3/18

AGENDAMENTO - CECM

ESPECIALIDADE:	Neurocirurgia		
DATA:	/ /	HORA:	HS
MÉDICO:			



FICHA DE ENCAMINHAMENTO - HGR

PACIENTE: Francisco Adelmo de Carvalho SUS	401807295971676
ENDERECO	BAIRRO: Roraima Sol
NOME DA MÃE: Maria M. de Carvalho Souza	
DATA DE NASCIMENTO: 10/01/76	IDADE: 44a
CPF:	FONE: 99118-8720
SEXO: MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO: Neurocirurgia

Paciente vítima de acidente aéreo (queda de moto) apresentando HSA traumática com fratura Cervical TCE grave com recrudescência de IET (23 dias na UTI). Boa evolução clínica, neurológicamente estável e oftalmoscópico em TC

RESULTADOS DOS EXAMES: di círio de controle da fratura (audido pelo

HIPÓTESE DIAGNÓSTICADA: Neurocirurgia) CID: 000

Neurocirurgia óptico óptico paroxismo ambillatório

DATA: 15/03/19

  
Alex Matos  
Médico Residente  
Clínica Médica  
CRM-RR 2954

MÉDICO  
(ASSINATURA E CARIMBO)

AGENDAMENTO - CECM

ESPECIALIDADE: Neurocirurgia

DATA: 15/04/2019 HORA: 07:30 HS

MÉDICO: Fábio Freitas

ciente 30/03



Hospital Geral  
de Roraima

Hospital Geral de Roraima - HGR  
RESUMO DE ALTA HOSPITALAR  
CLÍNICA MÉDICA  
IDENTIFICAÇÃO



Nome: Francisco Adelmo do Carmo Pereira

Idade: 44 anos

Data de internação no HGR: 16/02/19

Diagnóstico: TCE GRAVE + HSA Traumática

**Resumo da História Clínica:** Paciente admitido em UTI II-HGR em 16/02/19, procedente do Grande Trauma após entrada em emergência vitívia de acidente de trânsito + TCE Grave + HSA Traumática com necessidade de IOT. Sem conduta neurocirúrgica. Foi admitido na UTI em estado gravíssimo, instável hemodinamicamente, compensado com DVA em dose moderada, respirando com ajuda de aparelhos, sob sedoanalgésia em neuroproteção. Durante a internação, evoluiu com PNM associada à ventilação mecânica e IRA sem necessidade de TRS. Foi transferido ao Bloco E (08/03/19) aos cuidados da Clínica Médica e admitido estável hemodinamicamente, acianótico, anictérico, corado, hidratado, afobril, sem foco infeccioso ativo com boa diurese, ECG 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, mantendo melhora clínica e neurológica pregressa. Apresentou escara em região sacral grau II. Durante internação em Bloco E, apresentou-se ativo no leito, comunicativo, colaborativo, discreto edema em MMII sem cacofo. Referindo funções fisiológicas preservadas. Sem sonda vesical. Nega vômitos, febre, diarreia, cefaleia e tontura. Refere melhora de fraqueza e do quadro de tontura, conseguindo deambular sem apoio. Apresenta melhora da força ao exame físico. Segundo parecer de neurocirurgia, paciente evolui neurologicamente estável, com TC de crânio sem alterações e estado satisfatório em relação à TC de crânio de entrada (admissão). Hoje, paciente ainda apresenta melhora da força muscular, úlcera por pressão em região sacral grau II.

**Obs.:** solicito acompanhamento para tratamento de úlcera por pressão junto à UBS.

#### EXAME FÍSICO

Bom estado geral, vigil, lucido e orientado, fáscies atípicas, biotipo brevifíneo, anictérico, acianótico, afobril ao toque, hidratado, corado e eupneico em ar ambiente.

**Aparelho Cardíaco:** ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros.

**Aparelho Respiratório:** Murmúrio Vesicular Universalmente Audível em ambos hemitóraxes, sem ruídos adventícios.

**Abdome:** Flácido, RHA presentes, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias ou sinais de irritação peritoneal.

**Extremidades:** Panturrilhas livres, pulsos simétricos, perfusão periférica < 3 segundos.

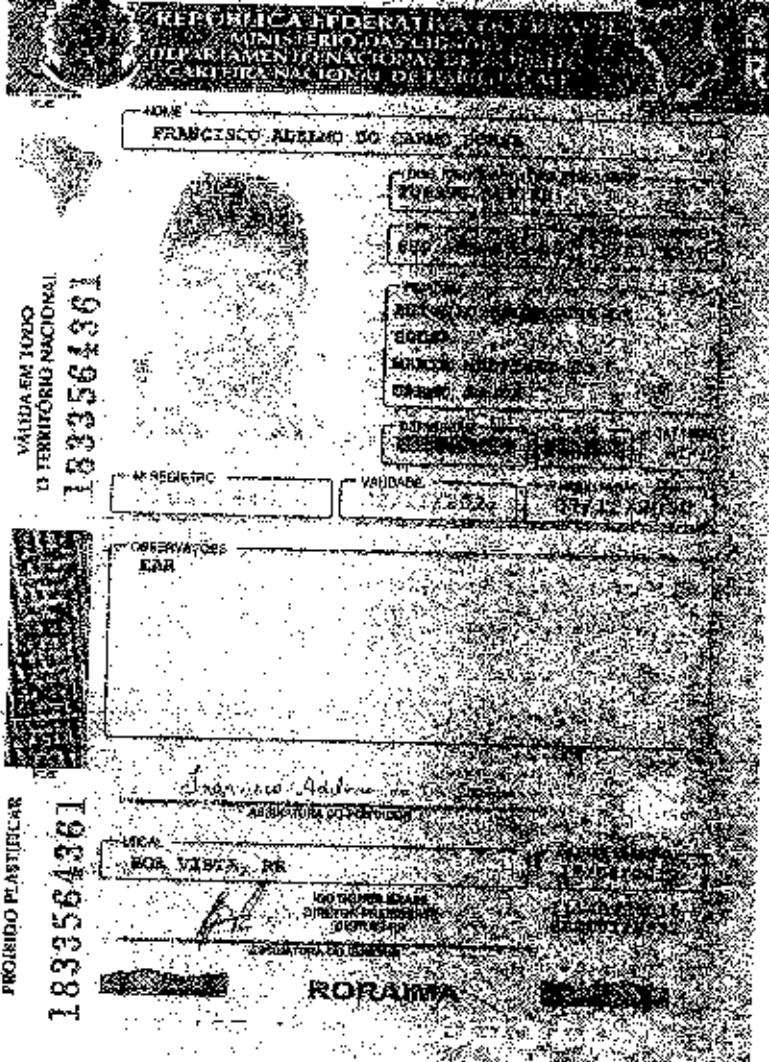
**Seguimento:** encaminho ao Ambulatório da Neurocirurgia e acompanhamento em Unidade Básica de Saúde.

Em caso de piora, oriento paciente a retornar a este Hospital para atendimento médico no Ponto Socorro.

Médico Residente, Dr. Alex Matos  
Sob Orientação, Dra. Jérula Lima

Boa Vista-RR, 15 de março de 2019





NAME

DENILLES CORRÊA DANTAS

DOC. IDENTIDADE /ÓRGÃO EMISSOR/UF  
3142655 - SSP/RR

CPF: 792.657.452-90 | DATA Nascimento: 08/09/1979

FILIAÇÃO:  
JOSE DE SOUZA CORRÊA

EVANGELINA SOBATO DA  
SILVA

PERMISSÃO:  ADR:  CAT:

Nº REGISTRO

114833-6123

VENCIMENTO

31/05/2024

HABILITAÇÃO

31/05/2010

OBSERVAÇÕES

*Denilles Corrêa Dantas*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL:

BOA VISTA - RR

DATA EMISSÃO:

11/09/2010

*[Signature]*  
JOSE GOMES BRANT  
DIRETOR, PRESIDENTE  
DETRAN/RR  
ASSINATURA DO DIRETOR

03812250616  
RR210269685

RORAIMA

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1919590155



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

<b>Número do sinistro:</b>	3200040002
<b>Nome do(a) Examinado(a):</b>	FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA
<b>Endereço do(a) Examinado(a):</b>	RUA SATURNO 539 CASA CENTRO
<b>Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:</b>	689.985.893-20
<b>Data e local do acidente:</b>	16/02/2019 BOA VISTA - RR
<b>Data e local do exame:</b>	BOA VISTA/RR, 06/02/2020

**Resultado da Avaliação Médica**

**I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM CONSEQUENTE TCE GRAVE: HEMATOMA SUBDURAL

**II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

VITIMA FICOU EM UTI EM COMA + TRATAMENTO CONSERVADOR PARA HEMATOMA SUBDURAL, NEGA CIRURGIAS, FEZ FISIOTERAPIA ; ALTA EM DEZEMBRO DE 2019

**III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

SNC: DURANTE A AVALIAÇÃO ESTAVA AGITADO, E DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO; NEGA USO DE MEDICAÇÃO

**IV) Nexo de causalidade: 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 a qualquer medida terapêutica)?**

( X ) SIM ( ) NÃO

**VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.**

SNC: COMPROMETIMENTO EM GRAU LEVE

**VII) Segundo 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 (\*).**

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_ dias.

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.**

**Região Corporal (Sequela):** SISTEMA NERVOSO CENTRAL

% do dano: ( ) 10% residual ( X ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**Região Corporal (Sequela):**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**Região Corporal (Sequela):**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**Região Corporal (Sequela):**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII) \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

  
Dr. Regina Claudia Reboucas MenDES AlHO  
Médica do Trabalho  
CRM/RR 1032  
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200040002      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA      **Data do acidente:** 16/02/2019      **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE GRAVE COM HEMATOMA SUBDURAL

**Descrição do exame físico:** APRESENTA AGITAÇÃO E DÉFICIT DE ATENÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU TCE GRAVE COM HEMATOMA SUBDURAL, FOI SUBMETIDA A INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COM TRATAMENTO CLÍNICO. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 06/02/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM GRAU LEVE.

## 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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200040002      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA      **Data do acidente:** 16/02/2019      **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE GRAVE COM HEMATOMA SUBDURAL

**Descrição do exame físico:** APRESENTA AGITAÇÃO E DÉFICIT DE ATENÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU TCE GRAVE COM HEMATOMA SUBDURAL, FOI SUBMETIDA A INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COM TRATAMENTO CLÍNICO. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 06/02/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM GRAU LEVE.

**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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200040002      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA      **Data do acidente:** 16/02/2019      **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO (HEMORRAGIA SUBARACNOIDE).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. 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 DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200040002      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA      **Data do acidente:** 16/02/2019      **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO (HEMORRAGIA SUBARACNOIDE).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. 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 DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: Francisco Adelmo do Carmo Souza  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: motorista RG: 206.398 CPF: 689 985 893 - 20  
ENDEREÇO: Rua Gutierrez 539 Rua das oliveiras

VÍTIMA: Francisco Adelmo do Carmo Souza  
CPF: 689 985 893 - 20 DATA DO ACIDENTE: 16/10/2019  
NATUREZA:  DAMS  INVALIDEZ  MORTE

### OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS  
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.  
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00  
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

### PODERES:

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



Para Vito RR, 18 de 11 de 20

X Francisco Adelmo do C. Souza  
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033735/20

**Vítima:** FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA

**CPF:** 689.985.893-20

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/02/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

### FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA : 689.985.893-20

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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: 23/01/2020  
Nome: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA  
CPF: 689.985.893-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA

MANOEL COELHO NETO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200040002**

**Vítima: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA**

**Data do Acidente: 16/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA**

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 31 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200040002**

**Vítima: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA**

**Data do Acidente: 16/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 3200040002**

**Vítima: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA**

**Data do Acidente: 16/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

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

**Recebedor: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA**

**Valor: R\$ 3.375,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000000653**

**Conta: 00000137730-5**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008124/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/03/2019 08:58 Data/Hora Fim: 27/03/2019 09:09  
Delegado de Polícia: Francilene Lima Hoffmann de Vargas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial  
Data/Hora do Fato: 16/02/2019 20:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: RUA S-4

Bairro: Senador Hélio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melos Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Não Houve

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)	
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: MA - Buriti
Profissão: Motorista	Sexo: Masculino
Estado Civil: Solteiro(a)	Nasc: 10/01/1978
Nome da Mãe: MARIA MADALENA DO CARMO SOUSA	Nome do Pai: ANTONIO RODRIGUES DE SOUSA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 589.985.893-20  
RG - Carteira de Identidade: 206396

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: R SATURNO  
Complemento: CASA  
Bairro: RAIAR DO SOL  
Telefone: (95) 99115-2815 (Celular)

Nº: 539

CEP: 69.316-028

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE ACIMA QUALIFICADO VEIO INFORMAR QUE CONFORME DATA E HORÁRIO CITADO ACIMA SOFREU UM ACIDENTE ENQUANTO DIRIGIA SUA MOTOCICLETA DE PLACA NAQ-0727; QUE O COMUNICANTE VEIO A SER CONDUZIDO PARA O HOSPITAL GERAL DE BOA VISTA/RR; QUE O COMUNICANTE FICOU INTERNADO 29 (VINTE E NOVE) DIAS; QUE SEGUNDO O COMUNICANTE DURANTE O ACIDENTE SUA CARTEIRA PORTA CEDULA FICOU NO LÓCAL DO FATO E OS RESPECTIVOS DOCUMENTOS FORÃO PERDIDOS/FURTADOS: CARTEIRA



Delegado de Polícia Civil: Francilene Lima Hoffmann de Vargas  
Impresso por: Paulo Cesar Fernandes Bezerra  
Data da Impressão: 27/03/2019 09:09  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

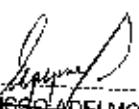
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008124/2019

NACIONAL DE HABILITAÇÃO CATEGORIA A-D, DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO DA MOTOCICLETA  
CROSSER/ PLACA NAO-0727, COR BRANCA, ANO 2016, ERA O RELATO.

ASSINATURAS

  
Paulo Cesar Fernandes Bezerra  
(Responsável pelo Atendimento)

  
FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA  
(Policintante / Vítima)

\*Declaro para os efeitos da lei de direito que sou o(a) titular do documento e responsável pelas informações sobre assinatura e que o(a) que assinou o documento é o(a) que pode responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei  
acima, conforme previsto no Artigo 330-Bis da Lei de Crimes contra a Humanidade e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção de Código Penal Brasileiro.



# 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: 11/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000137730-5

---

Nr. da Autenticação 0967C02C14539DFA



**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: 4228878

**FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA**

R. SATURNO, 539,

RAIAR DO SOL

69316028 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
511927	12/2019	14-NOV-19 a 16-DEC-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
139	06-JAN-20	R\$ 155,46

### 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	MÊS	TOTAL A PAGAR
511927	12/2019	R\$ 155,46

836600000019.554600750000.000000000513.192712190052





## 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: 4295757

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748 , 02

LIBERDADE 69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 12/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-NOV-19 a 24-DEC-19
CONSUMO (kWh) 522	VENCIMENTO 13-JAN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 460,58

## 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 1020749	MÊS 12/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 460,58
-------------------------	----------------	-----------------------------

836800000041.605800750008.000000001024.074912190050



# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintiva: 0800 023 90 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é possível de comunicação ao COAF.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FazENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Renilde Corrêa Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152-100 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Adelmo do Carmo Gauca Inscrito (a) no CPF sob o N° 689.985.893-20  
de sinistro do DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco Adelmo do Carmo Gauca

Inscrito (a) no CPF sob o N° 689.985.893-20, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Resida: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recusa Informar

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

Endereço:	<u>Av. General Góiside Teve</u>	Número:	<u>2798</u>	Complemento:	<u>02</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Belo Horizonte</u>	Estado:	<u>MG</u>
E-mail:	<u>liderboavista.suportencia@hotmail.com</u>			CEP:	<u>69.309.000</u>

Local e Data: Belo Horizonte - MG 13 de Januário 2020

Renilde Corrêa Santos  
Assinatura do Declarante