

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **KELVIN DA SILVA CALIXTO**

Nº Sinistro: **3180339927**

Vitima: **KELVIN DA SILVA CALIXTO**

Data do Acidente: **15/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180339927**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13144364



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: KELVIN DA SILVA CALIXTO

Nº Sinistro: 3180339927

Vítima: KELVIN DA SILVA CALIXTO

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180339927**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **15/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

002.489.412-59

Kelvin da Silva Calixto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Kelvin da Silva Calixto	002.489.412-59	Estudante
Endereço	Número	Complemento
Rua: macaúba	159	
Bairro	Cidade	Estado
Novo J. Aparecida	Boa Vista	Roraima
E-mail	CEP	Telefone (DDD)
	69.300-310	(95) 9112-8775

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ NAO (341)			
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	DIV.	AGÊNCIA NRO.	DIV.
0053		006.026	7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 12 de junho de 2018

Local e Data

Kelvin da Silva Calixto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

Salvina
GENTE SEGURADORA S/A

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016095/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/04/2018 06:43 Data/Hora Fim: 15/04/2018 06:59
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 808572 Data: 15/04/2018
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 15/04/2018 02:24

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA MACUXI COM A RUA JOÃO XXIII

Bairro: Nossa Senhora

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1475: Acidente de trânsito sem vítima - Colisão com objeto móvel	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: MELQUIS COSTA PORTO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Idade: 39

Profissão: Policial Militar

Estado Civil: Sem Informação

Raça/Cor: Sem Informação

Nome da Mãe: Sem Informação

Documento(s)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

AGENTE SEGURADORA S/A

Nome: KELVI DA SILVA CALIXTO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 25

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA MACUXI

Bairro: APARECIDA

Nº: 159

DAT
Confere com original
Data: 16/05/2018
Assinatura
Givanildo da Silva Vieira
Agente Carcerária de Polícia Civil
Mat. 042008502

Nome: GLEYDSON DA SILVA NOGUEIRA (CONDUTOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

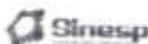
Sexo: Masculino

Profissão: Motorista de Caminhão

Estado Civil: Casado(a)

Raça/Cor: Sem Informação

Endereço



Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger
Impresso por: Givanildo da Silva Vieira
Data de Impressão: 16/05/2018 10:31
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016095/2018

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA TENENTE CICERO

Bairro: APARECIDA

Nº: 450

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Placa NAX7160

Ano/Modelo Fabricação 2010/2009

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 E

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Número do Chassi 30396

Cor ROXA

Município Veículo Boa Vista

Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 E

Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido

Gleydson da Silva Nogueira

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO A GUARNIÇÃO DA PM VEM INFORMAR, QUE FORAM ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UM ACIDENTE DE TRANSITO NO ENDEREÇO ACIMA CITADO; QUE NO LOCAL FOI CONSTATADO O SINISTRO ONDE SE ENCONTRAVAM OS ITENS 01, GLEYDSON E O ITEM 02, KELVI; QUE FORAM INFORMADOS PELO ITEM 01, QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA, NA RUA MACUXI, SENTIDO BAIRRO 31 DE MARÇO, QUANDO AO CHEGAR NO CRUZAMENTO ACIMA CITADO, FOI COLIDIDO POR UMA PICAPE GM S 10, QUE NÃO SOUBE INFORMAR A COR E NEM A PLACA, QUE TRAFEGAVA NA RUA JOÃO XXIII, SENTIDO BAIRRO/CENTRO; QUE APÓS A COLISÃO O CONDUTOR DA GM/S10 FUGIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO AOS ITENS 01 E 02; QUE A PERÍCIA NÃO FOI ACIONADA POR TER SIDO VIOLADO O LOCAL; QUE A MOTOCICLETA DO ITEM 01, FOI NOTIFICADA E RECOLHIDA AO PÁTIO DO CRD; QUE OS ITENS 01 E 02 FORAM ATENDIDOS PELO SAMU E CONDUZIDOS AO PSE; QUE OS ITENS 01 E 02 APARENTAVAM TER INGERIDO BEBIDA ALCOÓLICA. É O RELATO.

ASSINATURAS

Luiz Eduardo de Oliveira Cruz
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) signatário(s) responsável pelas informações acima asseridas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que do origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



DAT
Confere com original
Data: 16 / 05 / 2018
Assinatura
Givanildo da Silva Vieira
Agente Carcerária de Polícia Civil
Mat. 042000908



Delegado de Polícia Civil Clayton Alexandre Ellwanger
Impresso por: Givanildo da Silva Vieira
Data de Impressão: 16/05/2018 10:31
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº

SÉRIE J

808572

Vlr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	H/Fim	H/Fir
107	CIPTUR	15/04/18	LESTE	02:24	02:24	02:41	04:30
Cód:Oc	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini	Km/Fim			
1001/1003	13005/13999	XXXXXXX	33453	33491			

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Rua: RUA MACUXI C/ RUA JOÃO XXIII

Bairro: APARECIDA

Refe.: CRUZAMENTO

PESSOAS RELACIONADAS

1 MOTOQUEIRO Nome: GLEYDSON DA SILVA NOGUEIRA Idade: 44 A E. Civil: CASADO

Endereço: RUA TENENTE CICERO, 450 APARECIDA

Edt. R.G. NÃO PORTAVA CNH NÃO POTAVA Profissão: CAMIONEIRO

2 GARUPA Nome: KELVI DA SILVA CALIXTO Idade: 25 E. Civil: SOLTEIRO

Endereço: RUA MACUXI, 159 APARECIDA

Edt. R.G. NÃO PORTAVA CNH XXXXXXXXXXXX Profissão: ESTUDANTE

3 Nome: Idade: E. Civil:

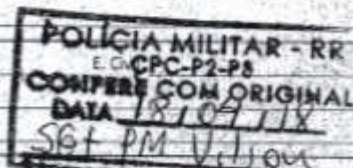
Endereço:

Edt. R.G. CNH Profissão:

4 Nome: Idade:

Endereço:

Edt. R.G. CNH Profissão:



VEÍCULOS E DANOS

V1 - YAMAHA YBR FACTOR DE COR ROXA DE PLACA NAX 7160 - DANOS: PARCIALMENTE DESTRUIDA.

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S); NÃO houve conduções e/ou apreensões.

ASSINATURA

CARGO APC

LOCAL 1º DP

HISTÓRICO

Senhor delegado, fomos acionados via CIOPS para atender um acidente de trânsito no endereço acima citado. No local foi constatado o sinistro onde se encontrava os ITENS 01 e 02. Fomos informados pelo ITEM 01 que ele conduzia a MOTOCICLETA YAMAHA YBR FACTOR DE COR ROXA DE PLACA NAX 7160, na Rua Macuxi sentido Bairro 31 de Março, quando ao chegar no cruzamento acima citado foi colidido por uma picape GM S10 que não soube informar a cor e nem a placa, que trafegava na Rua João XXIII sentido Bairro/Centro. Que após a colisão o condutor da GM S10 fugiu do local sem prestar socorro aos ITENS 01 e 02; Que a perícia não foi acionada por ter sido violado o local; Que a motocicleta do ITEM do 01 foi notificada e recolhida ao pátio do CRD; Os ITENS 01 e 02 foram atendidos pelo SAMU e conduzidos para o PSE pelos os mesmo; Que os ITENS 01 e 02 aparentavam ter ingerido bebida alcoólica.

Era o que tinha relatar.

MELQUIS COSTA PORTO

40.319-9

Nº

SGT/PM

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOP

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazzani, 484 - Bos Vista - RR

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Kelvin da Silva Calisto

CPF da Vítima

002.489.412-99

Data do Acidente

15/04/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Rua Casarão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RJ

Boa Vista, 12 de junho de 2018

Local e Data

Kelvin da Silva Calisto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



192

FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: SUV Equipe: Carliane/Celio/Natalino
 Paciente: 1 Celvin da Silva Palisto Idade: 26 Sexo: M
 Endereço: Rua João XXIII Aparecida via pública

Nº 6539 DATA 15 JUL 18 HORA: 02:22

Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Alysson 02:35

MOTIVO ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	MOTO:	VIOLÊNCIA	OUTROS
Cinto ☐ SIM ☒ NÃO	☐ Condutor	☐ FAB	☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajetos
Vítima ☐ projetada	☐ Carona	☐ PAF	☐ Queda, Altura aprox.:
☐ encarcerada	Capacete ☒ SIM ☐ NÃO	☐	☐ Acidente Doméstica
Air Bag: ☐ SIM ☒ NÃO	☐ queda	Espancimento	☐ Queimadura Agente
Motorista: ☐ dianteiro	☐ Atropelamento	☐ Violência Doméstica	☐ Agressão p/ animal
Passageiro: ☐ traseiro	☒ Colisão <u>Carro</u>	☐ Violência Sexual	☐ Outros:
☐ Capotamento	BICICLETA:	☐ Tentativa de suicídio	
☐ Atropelamento	☐ Condutor	☐ Outro:	
☐ Colisão	☐ Carona		
	☐ queda		
	☐ Atropelamento		
	☐ Colisão		

Vias Aéreas	Ventilação	AValiação INICIAL	Circulação	Aval. Neurológica
☐ Dispneia	M.V. Diminuído	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT	Bradicárdico	☒ AVDN
☐ Bradipneia	M.V. Ausente	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Taquicárdico	Miose <u>1</u>
☐ Taquipneia	Hiperfempanismo	24 JUL 2018	Arritmico	Mioclase
☐ Resp. Ruidosa	Maciez		Enchimento	Anisocoria
☐ Obstruída	Ferida Aspirativa		capilar acima de 2"	Otorrêa
☐ Agnêia	<u>SIA</u>		Ausente	Otorragia
☐ Outro: <u>SIA</u>			<u>SIA</u>	Rinorrágica
				Aparentemente alcoolizado
				DNV

Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início								
Fim								

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
☒ Corada	☒ Contusão	☐ Contusão	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações
☐ Quen	☐ Escoriações	☐ Esporões	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações
☐ Pálida	☐ Laceração	☐ Lacerações	☐ Hematoma	☐ Tórax instável	☐ Distendido
☐ Fria	☐ Hematoma	☐ Ferimento ocular	☐ Desvio da traquéia	☐ Resp. paradoxal	☐ Em tábua
☐ Úmida	☐ Afundamento		☐ Engasgo subcutâneo	☐ Tamponamento	☐ Dor intenso
☐ Seca	☐ Fer.				☐ Evisceração
☐ Cianótica	☐ Penetrante				

Pelve	Coluna Dorsal	Membros
☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Fratura
☐ Escoriações	☐ Hematoma	☐ Amputação
☐ Dor	☐ Dor	
☐ Instabilidade		

AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
☒ Ritmo Sinusal	☐ Respiratória	☐ Diabetes
☐ Taquicardia	☐ Neurológica	☐ Cardiopatia
☐ Bradicardia	☐ Psiquiátrica	☐ HAS
☐ Flutua	☐ Metabólica	☐ Medicação de uso
	☐ Cardiovascular	
	☐ Aborto	

GRAVIDADE COMPROVADA	ILESO SEVERA	PEQUENA MORTE	MÉDIA INDETERMINADA	OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTE	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS
☐ Cancelamento	☒ Polícia Militar
☐ Recusa de Atendimento	☐ Guarda Municipal
☐ Não se encontrava no local	☐ SMTRAN
☐ Recusa de hospitalização	☐ Bombeiro
☐ Tróte	☐ Outros:
☐ Bombeiro no local:	

INICIADA AS:	TÉRMINO AS:	DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

RCP
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
Obs.:

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no caso de acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (da vítima)

50604
 Brasília
 13/05/18

CONFERE COM O ORIGINAL
 EM: 11/05/18
 Seframe

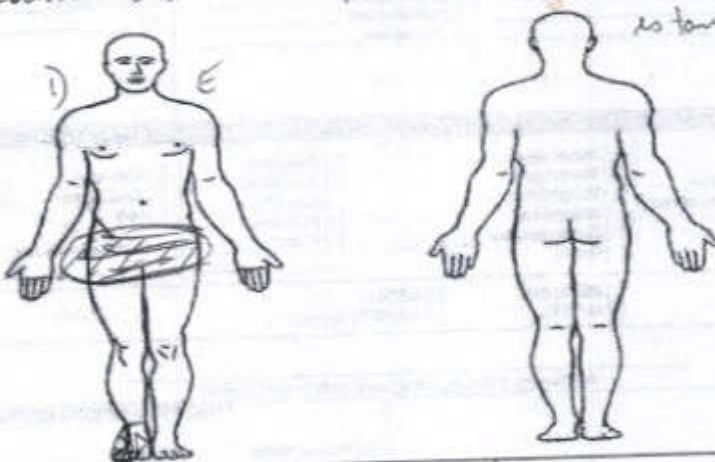
DESTINO	Atendido no local Trauma HGR Pronto Atendimento Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☐ HCSA ☐ Maternidade ☐ Outros	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 24 JUL 2018

TERMO DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	GENTE SEGURADORA S/A
	Função do Receptor:	Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSADO	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG: _____

Colisão moto e carro. Encontro paciente caído em via pública, em pé, no solo de asfalto. Testemunhas relatam perda de consciência no local. Acionado grupo da BR-05. Paciente apresenta uma extensa lesão de parte da porção palmar e muito dor na região da pelve (Provável trauma na pelve?).

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala				
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Frequência Respiratória (nº/m)	10-24	4	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25-35	3	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36	2	
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01-09	1	
Melhor Resposta Verbal	Orientado	Balbucia	5	Pressão Sística (mmHg)	0	0	
	Confuso	Choro irritado	4		> 90	4	
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		70-89	3	
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		50-69	2	
Melhor Resposta Motora	Nenhuma	Nenhuma	1	Escala de Glasgow	01-49	1	
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		0	0	
	Localiza a dor	Retira-se do toque	5		14-15	5	
	Flexão normal	Retira a dor	4		11-13	4	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		8-10	3	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		5-7	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1		3-4	1	

Colocado colar cervical e sobremancha rígida. Redigido curativo + imobilização do pé D. Paciente passado para os cuidados da BR-05 para que o SAMU pudesse atender o paciente em estado grave que também estava no local.



Dr. Célio Wanderley Jr.
MÉDICO
CRM-RR 1580

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



CNPJ: 06.938.487/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 24.006.114-4
RUA NELSON JONES, 218 - SÃO PEDRO - CEP. 88.300-410

ATENDIMENTO
CAER
0800 280 9520
www.caer.com.br

Matrícula: 93289

Janeiro/2018

Cliente:
ARTEMIZIA SERIO DA SILVA

Endereço do imóvel:
RUA MACULI 159 - NOSSA SENHORA APARECIDA
BOA VISTA RR 69086-318

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Economias
001.006.123.0362.000	19	665	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y125469633	19/10/2012	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 2108	2135	27	32
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 12/12/2017	13/01/2018		

ULTIMOS CONSUMOS

2017/2	44-0
2017/1	50-0
2017/0	54-0
2017/9	54-0
2017/8	25-0
2017/7	27-0
MEDIA	37

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5440 - 2005 G.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDIDADE	PH	C.TOTAL	C.OCL
EXISTENTE	160	160	160	160	160
ANALISADO	219	219	219	219	219
CONFORME	205	219	219	219	219

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	27 M3	84,87
ESGOTO	80,0 % DO VALOR DE ÁGUA	67,89
TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 12/2017		5,51
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2017 10/2017		7,35
JUROS DE MORA 09/2017 10/2017		5,61

VENCIMENTO: 15/02/2018

TOTAL A PAGAR 171,23

AVISO: EM 31/12/2017 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Carlos João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

Jania Helena
(95) 99139-8405
3224-6579

vivo

Nº da Conta: 0220918673
Mês de referência: 01/2018
Período: 06/12/2017 a 05/01/2018
Data de emissão: 07/01/2018

TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR



www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 957
CEP 69.305-005 - Boa Vista - RR
I.E.: 240108035
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0016-49

Vencimento
21/01/2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Tânia Helena L. de Melo inscrito (a) no CPF/CNPJ 421.026.772 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Kevin da Silva Galisto inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.489.412 / 39 do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima Kevin da Silva Galisto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.489.412 / 39, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. Antônio Augusto Martins</u>		Número <u>347</u>	Complemento
Bairro <u>São Francisco</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.305-270</u>
Telefone comercial(DDD) <u>(95) 3271-6579</u>		Telefone celular (DDD) <u>(95) 99139-8405</u>	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Carlos João Sovera, 484 - Boa Vista - RR

Boa Vista 10 de Julho de 2018
Local e Data

Tânia Helena L. de Melo
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alessandra Pereira Tome,

RG nº 117.922, data de expedição 06/10/2004

Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 593.401.422-68, com

domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de

Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua: Tenente Ribeiro, nº 450,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Kelvin da Silva Calixto cujo o condutor era

Gleydson da Silva Nogueira

Veículo: matocieleto

Modelo: Yamaha Factor YBR 125

Ano: 2010/2009

Placa: NUX-7160

Chassi: 9C6KE1210A0030396

Data do Acidente: 15/04/2018

Local e Data: Rua: João 23 C/ Rua Maurici, Bairro: Aparecida

 Alessandra Pereira Tome
Assinatura do Declarante

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



Cariny C. C. Esbell Braglia
Escritor Autorizada
Cartório Loureiro

NOTA: Certifico que o presente documento
apresentado neste Cartório na data
indicada no carimbo eletrônico de
reconhecimento. Dou fé.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800936449		15/04/2018 05:40:01		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 13- 14	
Paciente: KELVIN DA SILVA CALISTO				Data Nascimento: 20/09/1961	Idade: 36 A 6 M 25 D	CNS:	CPF: 07	Prontuário:	
Tipo Doc: Documento		Órgão Emissor/Data Emissão:		Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO (APARDA)	Raça/Cor:	Naturalidade:	Nacionalidade: BRASILEIRA	
Mãe: VICINEIDE VERICIMO DA SILVA				Pal: NI	Contato:	Ocupação:			
Endereço: RUA - MACUXI - 59 - APARECIDA - BOA VISTA - RR									
Classe, do Risco:	Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira:	Validade:	Autorização:	Sis Prontuário:				
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento: URGÊNCIA	Profissional do Atend.:	Procedência:	Temp.:	Poso:	Pressão:			
Sefor: GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.:	Registrado por: SILAS, SILVA						
Queixa Principal:				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					

Anamnese do Enformagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: h)

paciente vítima de acidente de motocicleta com trauma em PE D + torção

Exame Físico

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Hipótese Diagnóstica

24 JUL 2018

SADT - Exames Complementares

☒ RAIQ-X ☐ ULTRA-SON ☐ GENTE SEGURADORA SIA ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

D - Cefotaxima 2 g IV 12h

D - Diprospan 1g/10ml dil 5/100ml

Suturo

APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revella

☐ Transferência para:

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: silas.silva
Data Hora: 15/04/2018 05:41:33



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

HG
DIURNO 07-19
Prontuário

1800943580 30/04/2018 10:14:42

Paciente
KELVIN DA SILVA CALIXTO

FICHA DE ATENDIMENTO

Data Nascimento 29/09/1991 **Idade** 26 A 7 M 10 D **CNS** 702806181147680 **CPF** 00248941259

Documento 3558479 **Órgão Emissor** SSP/RR **Data Emissão** 08/09/2010 **Sexo** M **Estado Civil** SOLTEIRO (APARDA) **Raça/Cor** Naturalidade BOA VISTA - RR **Nacionalidade** BRASILEIRA

Mãe VICINEIDE VERISSIMO DA SILVA **Endereço** RUA - MACUXI - 159 - APARECIDA - BOA VISTA - RR

Contato SERGIO LUIZ SA SILVA CALIXTO **Contato** (95) 99112-8775

Ocupação NÃO INFORMADA

Class. do risco AMARELO **Plano Convênio** SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE **Nº da Carteira** **Validade** **Autorização** **Sis. Prontuário**

Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM **Caráter do Atendimento** URGÊNCIA **Profissional do Atend.** **Procedência** **Temp.** 36.40 **Peso** 120 x 80

Sessão PRONTO ATENDIMENTO **Tipo do Chegada** DEMANDA ESPONTANEA **Procedimento Sol.** **Registrado por:** ALESSANDRA CRISTINA

Queixa Principal
FERIDA COM ODOR INTENSO E NECROSE

Anamnese de Enfermagem
NEGA DM, HAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -)
46 10 em. Tge de necrose de ferida.

Exame Físico
(Aparecer.)

Hipótese Diagnóstica
Ferida com odor intenso e necrose

Exame de Sangue - DPO
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dr. João Batista 444 - Boa Vista - RR

SADT - Exames Complementares
☒ RAIOS-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☒ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO
1. Tumor com 40 e 10.88
2. Deforção 18 x 10 10.88
3. Curativo.

APRAZAMENTO
13:40

OBSERVAÇÃO
Dr. Yany Leopoldo
Leon Gonzales
Clínica Geral
CRM 1902-RR

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

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não **Destino:** ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: realison
Data Hora: 30/04/2018 10:21:28

URL: 10.102.5.252:8088/RS4/s4/A00BDY/22-3371-181-F-92EE-6DB91DD729137.html

cirurgia geral

Há 16 dias, paciente sofreu acidente automobilístico (carro x moto). Paciente relata que procurou assistência médica após acidente, houve realização de procedimento de sutura em pé ⑤ na região do dorso e plantar. Há 16 dias faz uso de Cefalexina 616 h e ibuprofeno. Relata que durante esse período fez umative no posto 31 de março e equipe de enfermagem encomendou pl analisado ^{no UGE} novamente devido a áreas de necrose. ^{em} fúide. Há 2 dias iniciou saída de secreções ^{em} fúide, a pele, e secreções fúide e edema. Faz unativo em casa e uso óleo de andiroba.

os rda de fúide. Paciente relata saída de corpo estanho (papel e pedras). Há 1 dia.

AO exame físico: BCG, tórax oventado, útero, supnco, normocorado, hidratado.

AC: RCE 2x BNF SIS

AR: mu+ bicotralment, SEA

ABD: Ø

Ext: pé ⑤ edemaciado, fúide com necrose de borda

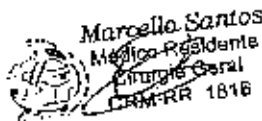
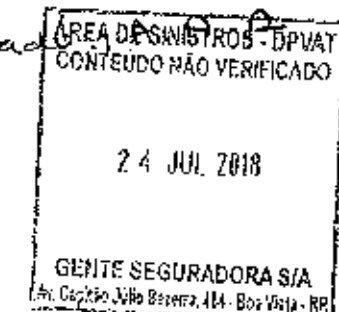
fúide aberta com presença de pequenos corpo estanho, saída de secreções serosa fúide. Possui pontos de sutura

cd: - Sugiro internação hospitalar pelo cuidado do clínico;

- Solicitar parecer do cirurgião geral pl
marçoço de desbridamento em CC,

SC O Leundo

Ans Paula R L



1905

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

CLÍNICA

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ACIDENTE DE TRABALHO

ACIDENTE DE TRABALHO

ACIDENTE DE TRABALHO

ACIDENTE DE TRABALHO

ACIDENTE DE TRABALHO

ACIDENTE DE TRABALHO

ACIDENTE DE TRABALHO

ACIDENTE DE TRABALHO

ACIDENTE DE TRABALHO

ACIDENTE DE TRABALHO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Rua Capão João Soares 434 - Boa Vista - RR

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

DOCUMENTO

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

0303080078
2080

Ata 4.5

PREScrição Médica Diária

UNIDADE/SECTOR: PAAR

DIAGNÓSTICO: FERMENTO INFECTADO PLANTAR D

NOME DO PACIENTE: KELVIN DA SILVA CALIXTO

QUARTO:

LEITO:

REGISTRO

PREScrição

HORARIO

Realizado Visita e Orientações

Viviane Lindi Ferreira

Enfermeira

COREN-RR 114280

ÁREA DE SINISTROS - DPV
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

AGENTE SEGURADORA S/A

Rua Celso de Melo, 444 - Boa Vista - RR

DATA/HORA	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
30/04/18	Dieta livre vo	Hidratação 500ml s/sf ev ACM	SSV+CCGG 6/6h	Ceftriaxona 1g 12/12h EV	Metronidazol 500mg ev 8/8h	Dipirona 1g + AD EV 6/6h S/N	Ranitidina 50mg EV 8/8hs	Plasil 01 amp EV de 8/8h S/N	Captopril 25mg se PAS > 160/90 ou PAD > 110mmHg	Dextro 6/6 h	Insulina R ou GH 50% segundo esquema	Curativo diário	

SINAIS VITAIS

ESQUEMA DE INSULINA

MEDICAO DE GLICEMIA

INSULINA

HORA

DEXTRO

HORARIO

06

18h

21h

06h

DEXTRO

GLICOSE 50% 40ML EV

7h

11h

17h

21h

PA

100/70

100/60

90x60

72

151 - 180

02 UI - SC

04 UI - SC

17h

90 mg UI

PC

64

68

72

181 - 210

04 UI - SC

06 UI - SC

21h

TEMP. AXILAR

36,5°C

35°C

36°C

211 - 240

06 UI - SC

FR

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

DIURESE

271 - 300

10 UI - SC

EVACUAÇÃO

271 - 300

10 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

271 - 300

271 - 300

Elenilda Lima
Téc. Enfermagem
COREN-RR 664.136

Elenilda Lima
Téc. Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

UNIDADE/SETOR: PAAR

QUARTO:

LEITO:

REGISTRO

DIAGNOSTICO FERIMENTO INFECTADO EM PE D

NOME DO PACIENTE: KEL VIN DA SILVA CALIXTO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

DATA/HORA

01/05/18

1. Dieta livre VO

2. Hidratação 500ml sst ev ACM

3. SSVV+OCCG 6/6h

4. Ceftriaxona 1g EV 12/12h

5. Metronidazol 500mg EV 8/8h OU 400mg VO de 8/8h

6. Diphena 1g + AD EV 6/6h S/N

7. Ranitidina 50mg EV 8/8hs

8. Plasil 01 amp EV de 8/8h S/N

9. Captopril 25mg sc PAS=160 e/ou PAD=110mmHg

10. Dextro 6/6 h

11. Insulina R ou GH 50% segundo esquema

12. Curativo diário

13. SOLICITO PARECER P/ CIRURGIA GERAL

1. Dextro 6/6 h

2. Curativo diário

3. SOLICITO PARECER P/ CIRURGIA GERAL

SINAIS VITAIS

ESQUEMA DE INSULINA

MEDICÇÃO DE GLICEMIA

INSULINA

HORA

DEXTRO

HORÁRIO

12H

18H

24H

06H

DENTRO

GLICOSE 50% 40ML EV

<70

151 - 180

02 UI - SC

181 - 210

04 UI - SC

211 - 240

06 UI - SC

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

PA

120x80

100/70

150x133

90/80

60H

151 - 180

02 UI - SC

181 - 210

04 UI - SC

211 - 240

06 UI - SC

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

FC

80

90

48

60H

151 - 180

02 UI - SC

181 - 210

04 UI - SC

211 - 240

06 UI - SC

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

TEMP. AXILAR

36,6c

36,5c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

36,6c

FR

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

DIURSE

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

EVAQUAÇÃO

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

Edirlei de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN/RR 022.628-TE

Irilenê Macedo
Téc. De Enfermagem
COREN/RR 022.628-TE

Eva A. da Silva
Téc. De Enfermagem
COREN/RR 022.628-TE

Julia de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN/RR 022.628-TE

ÁREA DE SUÍSTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Cidade João Bezerra 254 - Vila Verde

Dr. Edmundo Bezerra
MÉDICA
COREN/RR 1006

08:30h
Realizado visita e orientações
for 02/05/2018
Julia Aguiar de S. Ferreira
Téc. De Enfermagem
COREN/RR 1006

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

23

UNIDADE/SECTOR: PAAR	QUARTO:	LEITO:	REGISTRO:
DIAGNOSTICO: FERMENTO INFECTADO EM P.E.D		Realizado visita e orientações	
NOME DO PACIENTE: KEL VIN DA SILVA CALIXTO		PETE REG () REG () REG ()	
		acompanhado S () N ()	

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORARIO
02/05/18	1. Dieta livre VO	SND
	2. Hidratação 500ml ssf ev ACM	ACM
	3. SSV+CCGG 6/6h	ACM
D3	4. Ceftriaxona 1g EV 12/12h	14h 18h 22h
D3	5. Metronidazol 500mg EV 8/8h OU 400mg VO de 8/8h	06h 10h 14h 18h 22h
	6. Dipirona 1g + AD EV 6/6h FIXO	14h 18h 22h
	7. Ranitidina 50mg EV 8/8h	14h 18h 22h
	8. Plasil 01 amp EV de 8/8h SN	SL
	9. Captopril 25mg se PAS=160 e/ou PAD >=110mmHg	SL
	10. Dextro 12/12h 0 12=11 10=127	24=99 24=11mL
	11. Insulina R ou GH 50% segundo esquema	SL
	12. Curativo diário	Realiz. di
	13. AGUARDA RESPOSTA DO PARECER P/ CIRURGIA GERAL (solicitado 01/05/18)	

SINAIS VITAIS				ESQUEMA DE INSULINA		MEDICAÇÃO DE GLICEMIA	
HORARIO	12H	18H	24H	06H	DEXTRO	INSULINA	HORA
PA	130x70	110x80	110x70	90x60	<70	GLICOSE 50% 40ML EV	24
FC	30	82	80	67	151 - 180	02 UI - SC	113 mg/dL
TEMP. AXILAR	36,4C	36,5C	36,5C	36,7	181 - 210	04 UI - SC	127
FR					211 - 240	06 UI - SC	
DIURESE					241 - 270	08 UI - SC	
EVACUAÇÃO					271 - 300	10 UI - SC	

AREDE SHISTROS - DPEAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENE SEGURADO

Realizado visita e orientações
acompanhado S () N ()

Angela Mac Nelo Antunes
Enfermeira
COREN-RN 345.331

Realizado visita e orientações
acompanhado S () N ()

Carlos A. Teixeira
Enfermeiro
COREN-RN 143.777

Priscila S. Calixto
Enfermeira
COREN-RN 223.648-EV

Realizado visita e orientações
acompanhado S () N ()

Realizado visita e orientações
acompanhado S () N ()

Dr. Carlos A. Teixeira
Enfermeiro
COREN-RN 143.777

Dr. Nilton de Silva
Aux. Enfermeiro
COREN-RN 413.333

Wesley Cavalcante Moraes
Enfermeiro
COREN-RN 1.027.035

Dr. José do Carmo
Enfermeiro
COREN-RN 973.390-TE



100%

ADMISSÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Maria Medeiros
Médica Residente
Clínica Geral
CRM-RR 19893

PRESCRIÇÃO MÉDICA DE RUA

502-5

P3 23

UNIDADE/SETOR: PAAR

DIAGNOSTICO: FERIMENTO INFECTADO EM PED

NOME DO PACIENTE: KELVIN DA SILVA CALIXTO

Q.L. RTO:

LEITO:

REGISTRO

DATA/HORA

PRESCRIÇÃO

HORARIO

03/05/18

1. Dieta Oral Livre e dieta geral após 00h

SND

Silvanaz S. Brando

Reg. Enfermagem

2. Hidratação 500ml EV 6h

ACR

Reg. Enfermagem

Reg. Enfermagem

3. SSVV+CCGG 6/6h

14h

Reg. Enfermagem

Reg. Enfermagem

4. Ceftriaxona 1g EV 12/12h

14h

Reg. Enfermagem

Reg. Enfermagem

5. Metronidazol 500mg EV 8/8h OU 400mg VO de 8/8h

14h

Reg. Enfermagem

Reg. Enfermagem

6. Difenidol 1g + AD EV 6/6h FIXO

14h

Reg. Enfermagem

Reg. Enfermagem

7. Pantidina 50mg EV 8/8h

14h

Reg. Enfermagem

Reg. Enfermagem

8. Plasil 01 amp EV de 8/8h

14h

Reg. Enfermagem

Reg. Enfermagem

9. Captopril 25mg sc PAS>=160 e/ou PAD>=110mmHg

14h

Reg. Enfermagem

Reg. Enfermagem

10. Dextro 12/12h

14h

Reg. Enfermagem

Reg. Enfermagem

11. Insulina R ou GH 50% segundo esquema

14h

Reg. Enfermagem

Reg. Enfermagem

12. Curativo diário

14h

Reg. Enfermagem

Reg. Enfermagem

13. Cirurgia Geral irá abordar o paciente amanhã 04/05 a tarde

14h

Reg. Enfermagem

Reg. Enfermagem

14. Dextro 12/12h

14h

Reg. Enfermagem

Reg. Enfermagem

15. Insulina R ou GH 50% segundo esquema

14h

Reg. Enfermagem

Reg. Enfermagem

16. Curativo diário

14h

Reg. Enfermagem

Reg. Enfermagem

17. Dextro 12/12h

14h

Reg. Enfermagem

Reg. Enfermagem

18. Insulina R ou GH 50% segundo esquema

14h

Reg. Enfermagem

Reg. Enfermagem

Danião Reges de Melo
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 509.886



Carlos Eduardo
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 1000522-1E

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Elaine Cristina de Freitas
COREN-RR 45.171

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		AUTORIZAÇÃO		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO		46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				0415040035	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				R02	



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

EVOLUÇÃO

DATA
HORA

3
5

Relatório da Sma Calisto

Paciente no leito, BBO, expulso, afecção
Stomacais, funções fisiológicas preservadas

CD: Mantida

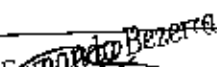
Cirurgia vai abarcar amanhã 04/05 à tarde


Dr. Hevelin Aline Costa
Médica
CRM-RR 1883

04/05/18 Paciente encontra-se na leito
estável, sem intercorrências nas últimas 24h.
08 Fluxo urinário em R(1) e febre e diarreia e vômitos

CD= suporte clínico

Realiza Desbridamento de R(1) hoje à
tarde na C.C.


Dr. Fernando Bezerra
Médico
CRM-RR 1883

ÁREA DE SIESTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Carlos João Batista, 114 - Boa Vista - RR

ASSINATURA: _____

CRM: _____



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amizade e Desenvolvimento das Fronteiras"

FICHA DE ANESTESIA

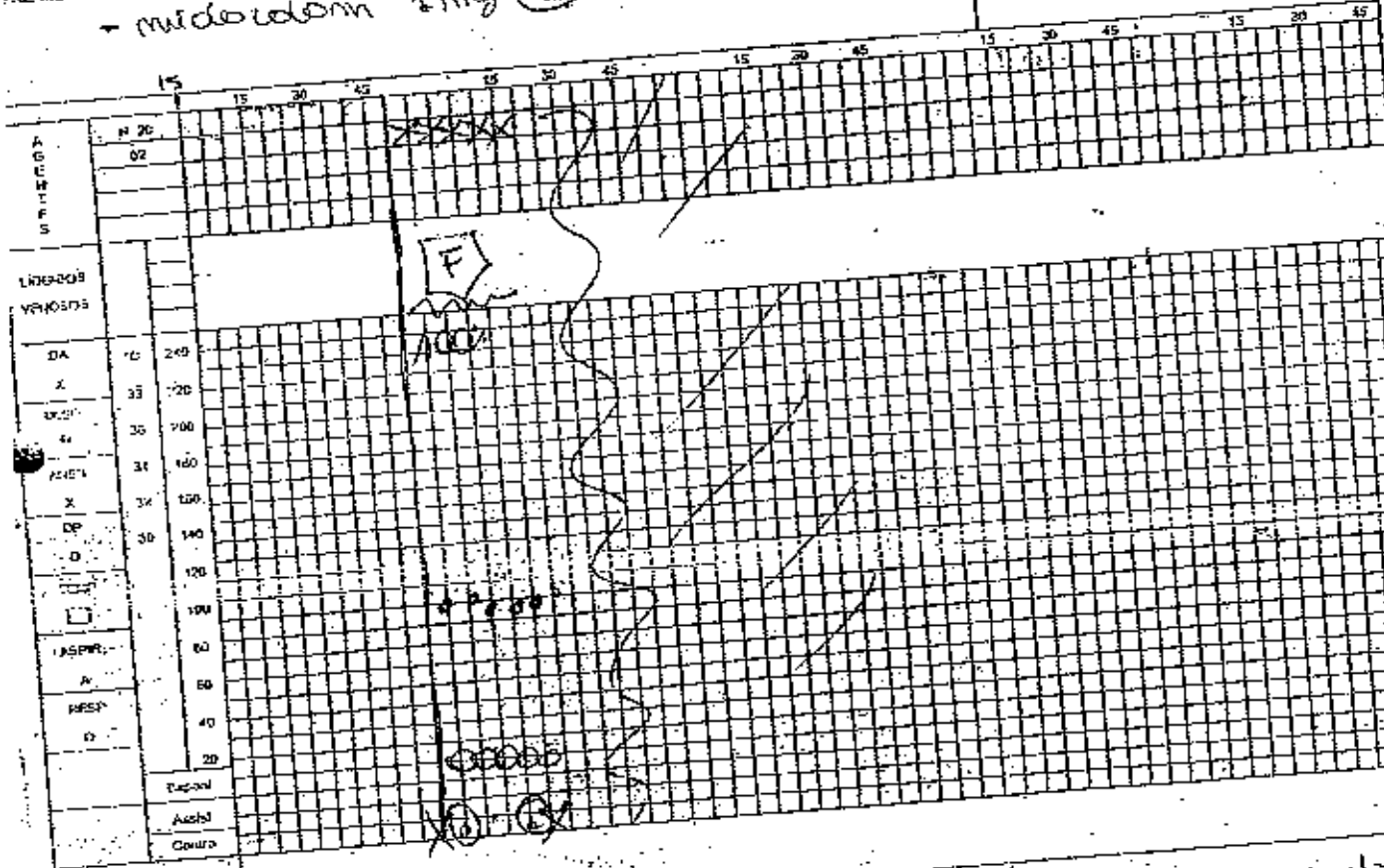
Helvin da Silva Galvão

Bom Lim - RN

Nº 04.05.18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- midazolam 1mg (U)



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A		Bedacaps	1 - 0.2 sob cu. 2L/min 2 - Midazolam 1mg (U) 3 - Remifentanyl 50 mg (U) 4 - Temoxicon 40mg (EV) 5 - Opiuina 2g (EV)
B		venosa	
C			
D			
E			
F			
G			
H			
I			
J			
K			
L			
M			
N			
O			
P			
Q			
R			
S			
T			
U			
V			
W			
X			
Y			
Z			

Desbridamento em pé esquerdo

ANTERIOR: Antônio Galvão

Dra. Ana Paula Rômulo
Médica Anestesiologista
CRM-RN 1406

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENE SEGURADORA S/A
Av. Carlos de Faria Menezes, 111 - Boa Vista - RR



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

EVOLUÇÃO

A
A

18

Kelvin da Silva Calisto, 26 anos

Cirurgião: dr. Antônio Delmino

1º auxiliar: dr. Karina Kendra

2º auxiliar: dr. Lucas R2

3º auxiliar: marla mi Kaely R1

Anestesista: dr. Ana Paula

Tipo de intervenção: desbridamento cirúrgico em pé D.

Boletim Operatório

1) paciente em DDH sob anestesia geral

2) Curseps + antirrupção + campos estéreis

3) Ident. feita logo em dorso, logo em região plantar na base medial do pé direito com áreas de necrose.

4) Retirada de tecido desvitalizado/incrústo com visualização de tecido de granulação.

5) limpeza de lesão + curação de hemostasia.

6) Realizado curativo oclusivo com Kollagenase.

Antônio A. Delmino
Cirurgião Geral
CRM-RR-1099

Karina Kendra M. Marinho
Médica Cirurgião Geral
CRM/RR-1912
ASSINATURA:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Vin da Silva <i>estirado</i>				04 / 05 / 18
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
debridamento MID		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		15:52	16:06	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		
DR Antônio		RES. ANESTESIA:		
AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		
DR Loucas		CIRCULANTE		
AUXILIAR		Rouale + cristiane		
TEMPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.			FRASCOS: SORO FISIOLÓGICO 500
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
	LJIVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL [®]
	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON [®]
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA [®]
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA [®]
	LÂMINA BISTURIN [®] 15			FIO CATGUT SIMPLES [®]
	DRENO DE SUÇÃO [®]			FIO CATGUT CROMADO [®]
	DRENO DE TORAX [®]			FIO PROLENE [®]
	DRENO DE PENROSE [®]			FIO SEDA [®]
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL Abadura de crepom
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO Estéril
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATAN [®]
	SERINGA 10ML			GHOFAM Fibrose
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA
1	doxeridine ± 150ml			OUTROS:

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	<i>Pereira</i>	SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
	<i>Loucas</i>	TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO				

24 JUL 2018

CENTE SEGURADORA S/A

Av. Duque de Caxias, 414 - Boa Vista - RR



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

SETOR: BLOCO E ENFERMARIA: + LEITO: 05 DN: D/HGR: D/BE: 04/05/18

NOME DO PACIENTE: Kelvin da Silva Calixto

HD: Ferimento infectado em pé direito

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
07/05/2018	1. Dieta oral livre	5h
	2. SE 0,9% 500ml EV ACM	5h
	3. Ceftriaxona 1g EV 12/12h	5h
D8	4. Metronidazol 500mg EV 8/8h ou 400mg VO 8/8h	5h
D8	5. Daptoma 1g EV 6/6h	5h
	6. Plasil 10 mg EV 8/8hs (SN)	5h
	7. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110	5h
	8. Ranitidina 50 mg EV 8/8h SN	5h
	9. Dextro 12/12h	5h
	10. Curativo diário com colagenase em pé d	5h
	11. Insulina R ou GH 50% segundo esquema ao lado	5h
	12. SSVV + CCGG	5h

Dr. Plácido A. Fernandes
CRM-PR 11766



Médico (a) Plácido A. Fernandes
Residente Dr. Plácido Fernandes

SINISTROS - DPVAT
CONTROLE NÃO VERIFICADO

JUL 2018

GUARADORA S/A
RUA 244 - Boa Vista - PR

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Até 200: 0	301 - 350: 06 UI
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI

GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

Horário	06h	11h	17h	23h
PA	122x70	128x75	118x84	124x85
FC	80	84	84	67
Tax	35°C	36,4°C	35,9°C	35,5°C
FR	1	22	22	22
Evacuação	+	+	+	+
Diurèse	+	+	+	+
Dextro	102			
Insulina				
Regular				
SNG				
Dreno				

Adm. medicacão noturn
na com. e religião
os procedimentos de
curativo diário

1700h; Não foi atendida
Não foi o Paciente não
Não foi o Paciente não

18: 16h realimenta SSVV. 7h
Plástico impermeável sobre
Adesivo de curativo

08/05/18
12:25h Paciente em repouso no leito,
medicado c.p.m., com curativo do
ferimento de curativo



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

SETOR: BLOCO E - ENFERMARIA:

LEITO: 05 ; DN:

DI/HGR: 04/05/18

NOME DO PACIENTE: Kelvin da Silva Calixto

HD: Ferimento infectado em pé direito

DATA/HORA: 08/05/2018

HORÁRIO

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1. Dieta oral livre	5:00h
2. SF 0,9% 500ml EV ACM	08:00h
3. Ceftriaxona 1g EV 12/12h	08:00h
4. Metformina 500mg EV 8/8h ou 400mg VO 8/8h	08:00h
5. Diltiazem 1g EV 6/6h	08:00h
6. Plasil 10 mg EV 8/8hs (SN)	08:00h
7. Ranitidina 50 mg EV 8/8hs SN	08:00h
8. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110	08:00h
9. Dextro 12/12h	08:00h
10. Insulina R ou GH 50% segundo esquema ao lado	08:00h
11. Curativo diário com colagenose em pé D	08:00h
12. SSVV + CCGG	08:00h

Dr. Priscila Mesquita
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 001247.761 TE

12 colm. Pele. Examinado, lesão
espalhada em medula, lesão
afetada A.U., auto SSVV +
Mgq, de função de enfermeiro

Ana Patrícia S. de Paula
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 001247.761 TE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENITE SEGURADORA S/A
Rua Celso João Pereira, 44 - Boa Vista - RR

Médico (a): Dra. Priscila Mesquita

Residente: Dr. Plácido Fernandes

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Até 200: 0	303 - 350: 06 UI
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI (consultar Placenta)
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL	

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

Horário	06h	11h	23h
PA	140x90	120x82	110x70
FC	87	77	82
Tax	36,3°C	35,8°C	36,5°C
FR	19	19	19
Execução	+	+	+
Diurese	+	+	+
Dextro	05/1h	05/1h	05/1h
Insulina	—	—	—
Regular	—	—	—
SNG	—	—	—
Dreno	—	—	—

Ana Patrícia S. de Paula
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 001247.761 TE

Plano de cuidados: medicações e cuidados
de enfermagem necessários conforme o
plano de cuidados de enfermagem



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

SETOR: BLOCO E ENFERMARIA: LEITO: 05 DN: D/HGR: D/BE: 04/05/18

502

NOME DO PACIENTE: Kelvin da Silva Calixto

HD: Ferimento infectado em pé direito

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

DATA/HORA

2ND

10/05/2018	1. Dieta oral livre	
	2. SF 0.9% 500ml EV ACV	
	3. Ceftriaxona 1g EV 12/12h	
	4. Metronidazol 500mg EV 8/8h ou 400mg VO 8/8h	
	5. Dipirona 1g EV 6/6h	
	6. Pirexi 10 mg EV 8/8hs (SN)	
	7. Rastilidina 50 mg EV 8/8h SN	
	8. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110	
	9. Dextro 12/12h	
	10. Insulina R ou GIH 50% segundo esquema ao laço	
	11. Curativo dilato com colagenase em pé D	
	12. SSVV + CCGG 6/6h	

achar no laço. Dr. Priscila Mesquita
med. esp. sem queixas.

Priscila Mesquita
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 722.661 AE

Priscila Mesquita
C.R.N. 22.18.21
Medico Med. Clínica Médica

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

Médico (a): Dra. Priscila Mesquita
Residente: Dr. Plácido Fernandes

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Até 200: 0	301 - 350: 06 UI
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI (chamar Placental)
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL	

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

Horário	06h	11h	17h	23h
PA	40/50	142/72	130/76	90/60
FC	39	71	65	80
Tem	36,4	36,5°C	36°C	36,2
SpO2	96	96	96	96
Diurese	+	+	quente	+
Dextro	87		502	122
Insulina				
Regular				
SNG				
Dreno				

Ana Patrícia S. de Paula
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 001247.761 TE

Observações: medicações e cuidados de enfermagem realizados.

Prescrição

PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA



SETOR: BLOCO E ENFERMARIA: LEITO: 05 DN: 502

DI/HGR: D/YR: 04/05/18

NOME DO PACIENTE: Kelvin da Silva Calixto

HD: Ferimento infectado em pé direito

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
09/05/2018	1. Dieta oral livre	SPD
	2. SF 0.9% 500ml EV ACM	ACM
D10	1.3. Ceftriaxona 1g EV 12/12h	12h
D10	4. Metronidazol 500mg EV 8/8h ou 400mg VO 8/8h	12h
	5. Diclofeno 1g EV 6/6h	12h
	6. Flaxil 10mg EV 8/8hs (SN)	SN
	7. Ractalidaz 50mg EV 8/8h SN	SN
	8. Ceftriaxona 250mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110	12h
	9. Dexamet 12/12h	12h
	10. Insulina R ou GH 50% segundo esquema no lado	Plasma
	11. Curativo diário com colagenose em pé D	Plasma
	12. SSVV - CCGG 6/6h	Plasma

Priscila Mesquita
Clínica Médica
04/05/2018

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Casarão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

PS: Paciente acamado no
leito devido ao ferimento
no plantar (19:00).
SSVV - não medicado
09/05/2018. Medicação
no ferimento 09:04 e 05
medic. item 09:04 e 05
não medicado. Paciente
nutriu no leito 05
01.30 das madrugada
(09:05) **Waldene da Silva**
Téc. Enfermagem
COREN-RR 914.444.31

Médico (a): Dra. Priscila Mesquita
Residente: Dr. Plácido Fernandes

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR			
Até 200: 0	301 - 350: 0.6 UI		
201 - 250: 0.2 UI	351 - 400: 0.8 UI		
251 - 300: 0.4 UI	> 401: 1.0 UI (chamar Placidina)		
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL			

REGISTRO DE ENFERMAGEM			
SINAIS VITAIS			
Horário	06h	12h	25h
PA	121 x 65	117 x 70	120 x 71
FC	70	81	84
Tax	35.4	36.6	36.2
FR			
Exatidão	Pulsus	φ	presente
Diurese	presente	+	presente
Dextro	93		110
Insulina			0.1
Regular			
SNG			-

Plantão Abordagem: medicações e cuidados
de enfermagem realizados conforme pres-
crições médicas

Priscila Mesquita
Téc. Enfermagem
COREN-RR 914.444.31

502

UNIDADE DE CUIDADO MÉDICO
SERVIÇO DE ENFERMAGEM
LEITO: 05 DNE
DIAB: 02/05/88

NOBRE DO PACIENTE: KENIA DE OLIVEIRA

DATA DE ADMISSÃO: 12/12/12

RESERVAÇÃO

HORARIO

Medicamentos

0,5% 500mg EV 12/12

Ceftriaxona 1g EV 12/12

Acetaminofol 500mg EV 08h ou 400mg VO 8h

Dipirona 1g EV 6h

Insulin 10 mg EV 8h (INSULIN) 5+

Insulina 50 mg EV 8h

Insulina 25 mg VO 12h

Insulina 12/12

Insulina R ou N 0,5 unidades por hora

Insulina 0,5 unidades por hora em 12

Insulina 0,5 unidades por hora

SINAIS VITAIS

ESQUEMA DE INSULINA

Adm 500 U

201 - 250 U

251 - 300 U

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

GH 50% 40 mg EV, em bolus, se GH > 70 mg/dL

Certo
CRM-RG 174

AREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
24 JUL 2018
GENTE SEGURADORA SIA
Cidade João Batista, 414 - Boa Vista - SP

AREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
24 JUL 2018
GENTE SEGURADORA SIA
Cidade João Batista, 414 - Boa Vista - SP

Márcia T. Sousa
Téc. Enfermagem
COREN-PR 956.258

502

Medico (a): Dra. Patrícia Menezes

Residente: Dr. Plácido Fernandes

Plantão de emergência
e cuidados de enfermagem
nao ligar com
Sergio Borges Dias



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

SECTOR: BLOCO F - ENFERMARIA: LEITO: 05 DN: D/H/G/R:

502

D/DE: 04/05/18

NOME DO PACIENTE: Kelvin da Silva Celino

HD: Ferimento infectado em pé direito

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
11/05/2018	1. Dieta oral livre	5 AND
	2. SF 0,9% 500ml EV ACM	
	3. Ceftriaxona 1g EV 12/12h	
	4. Metronidazol 500mg EV 8/8h ou 400mg VO 8/8h	
	5. Difenidramina 1g EV 6/6h	
	6. Plavix 10 mg EV 8/8h (SN)	
	7. Rinitidina 50 mg EV 8/8h SN	
	8. Ceftriaxona 250mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110	
	9. Dextro 12/12h	
	10. Insulina R ou GH 50% segundo esquema anexo	
	11. Curativo diário com coágulo em pé D	
	12. SSVV - CCGG 6/6h	

Dr. Plácido Fernandes
CRM-RR 1824
Médico Resid. Clínica Médica

Dr. Plácido Fernandes
CRM-RR 1824
Médico Resid. Clínica Médica

[Handwritten signature]

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUL 2018
CENTE SEGURADORA S/A

Médico (a): Dra. Priscilla Mesquita
Residente: Dr. Plácido Fernandes

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR			
Até 200: 0	301 - 350: 06 U		
201 - 250: 02 U	351 - 400: 08 U		
251 - 300: 04 U	> 401: 10 U (chamar Placidino)		
GH 50% 40 ml EV, em folhas, se Glicemia < 70 mg/dL			

REGISTRO DE ENFERMAGEM			
SINAIS VITAIS			
Horário	05h	11h	23h
PA	110/60	113/68	116/74
FC	100	94	93
Tax	36,8%	35,0%	36,2%
FR	18	18	18
Evacuação	0	+	lausante
Diurese	+	+	parada
Dextro	109	103	99
Insulina	-	-	-
Regular	-	-	-
SNG	-	-	-
Dreno	-	-	-

24 de maio de 2018
Paciente em tratamento
Maria Zelia R. Araújo
CRM-RR 383563
Médica Residente



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

SECTOR: BLOCO E - ENFERMARIA: LEITO: 05 - DN:

DATA: 04/05/18

NOME DO PACIENTE: Nelson da Silva Calisto

HID: Perimento infectado em pé direito

DATA/HORA: 03/05/2018

PRESCRIÇÃO: 1. Dieta oral livre

2. SF 0.9% 750ml EV ACM

3. Ceftriaxona 1g EV 12/12h

4. Metformina 500mg EV 8/8h em 400mg VO 8/8h

5. Dipirona 1g EV 6/6h

6. Paracetamol 500mg EV 8/8h se crises de vômitos

7. Rabeprazol 20mg EV 8/8h SN

8. Curatela de ferida VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110

9. Dor no local

10. Injetar 8 em GH 50% se glicose oscilar em 240

11. Curativo diário com colapso em 27 e 12

12. SSV - 00003 6/6h

13. SSV - 00003 6/6h

14. SSV - 00003 6/6h

15. SSV - 00003 6/6h

16. SSV - 00003 6/6h

17. SSV - 00003 6/6h

18. SSV - 00003 6/6h

19. SSV - 00003 6/6h

20. SSV - 00003 6/6h

21. SSV - 00003 6/6h

22. SSV - 00003 6/6h

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão São Bento, 424 - Boa Vista - Jd

Médico (a): Dra. Priscilla Mesquita
Residente: Dr. Plácido Fernandes

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Até 200: 0	301 - 350: 0.5 U
201 - 250: 0.2 U	351 - 400: 0.8 U
251 - 300: 0.4 U	> 401: 1.0 U (transar fluídica)
GH 50% 40 ml EV, 100 ml IV, se glicemia < 70 mg/dL	

RELISTA DE EXAMES PERMANENTES

SINAIS VITAIS

Medição	66h	17h	22h
PA	90/60	120/90	120/90
FC	64	75	75
Temp	36.3	37.0	37.0
FR	-	-	-
Exame	Quantal	-	-
Miurese	Quantal	+	+
Dextro	-	123mg/dL	123mg/dL

6:00 Todos os medicamentos foram administrados
CPM, realizado SSV e diário. Adilson Silva
Foi de Enfermagem

Carla Mesquita
Médica
08/05/2018

Dr. Plácido Fernandes
Residente
08/05/2018

14/05/18
08:30

ALMA
provisória

Plácido Fernandes
08/05/2018

Dra. Priscilla Mesquita
08/05/2018

BLOQUE
Identificação

HCR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Cidade de São Paulo, SP - Brasil

Idade: 26 anos

Data internação: 30/04/18

Diagnóstico: Deiscência de sutura com infecção de ferida

Resumo da História Clínica: Paciente sexo masculino, 26 anos, vítima de acidente, colisão carro com muro em março com ferimento em pé D com necessidade de sutura para aproximar as bordas. Evolu com infecção local da sutura progressiva, deiscência de suture e da ferida e tecido necrosado. Foi iniciado tratamento antibiótico parenteral com ceftriaxona e clindamicina. Foi realizado debridamento cirúrgico sem intercorrências com curativo diário com colagenase. Durante a internação foi evidenciado fratura do 4 metatarso em pé D. Orto, edia não respondeu a parecer.

Encontra-se assintomático ao momento com funções fisiológicas preservadas.

Exame físico

- Sonotocopia: orientado, bom estado geral, eufórico, hidratado, normocorado, normotérmico, acianótico.
- AR: murmúrio presente bilateral, sem ruídos adventícios
- AC: RCR, 2T, bolhas normofonéticas, sem sopro
- Ausculta cardíaca: Freqüência depressível, ruído cardíacos normais. Lado esquerdo sem massas ou murmúrios palpáveis
- Extremidades: BPP, T/C <3seg, pontilhão flexo, sem edema. Ferida em pé direito com base úmida, bordas afastadas, tecido de granulação evidente sem secreção.

24 JUL 2018
[Assinatura]

Condição: Paciente evoluiu para alta hospitalar com diagnóstico de ferida de punção em pé direito com base úmida, bordas afastadas, tecido de granulação evidente sem secreção.

Dr. Plácido Fernandes
CRM-RR 1624
Médico Especialista em Ortopedia

Bom Vista RR, 11 de Maio de 2018

Dr. Plácido Fernandes
CRM-RR 1766

Dr Plácido Fernandes CRM RR 1624
Assinatura de Dr. Plácido Fernandes CRM RR 1766

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



Kelvin da Silva Calixto

COPIADO CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

355847-9

DATA DE
EXPEDIÇÃO

22/05/2018

NOME

KELVIN DA SILVA CALIXTO

RELACÃO

SÉRGIO LUIZ DA SILVA CALIXTO
VICINEIRO VERÍSSIMO DA SILVA

NACIONALIDADE

BOA VISTA - RR

DOC. CÍVIL

CERTID. NASC. 62300 FLS 220-V LIV A-87

BOA VISTA-RR

002.489.412-59

2ª VIA

ANADILU ROCHA TRIANI
Polo de Polícia Federal

DATA DE NASCIMENTO

20/09/1991

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

P1

PROIBIDO PLASTIFICAR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazeira, 444 - Boa Vista - RR

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

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
806644383

PROIBIDO PLASTIFICAR
806644383

NOME
TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

DOC. IDENTIDADE/CPF/CMR/CPF
488049 207 RO

CPF
421.026.772-49

DATA NASCIMENTO
15/01/1972

PLACAO
JONELSON FRACALOSSI
MARIA ANNA FRACALOSSI

PERMISSAO
B
CATEGORIA
A3

CPF
02796991928

VALIDADE
09/12/2018

EMISSAO
17/02/1993

OBSERVAÇÕES

Tania Helena S. de Melo
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSAO
10/12/2012

Carteira Clonada Semelhante
Detran - Roraima
Detran - RR

32145487438
92207306780

DETRAN-RR (RORAIMA)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Comodoro Júlio Bessa, 434 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - RR Nº 8065121673

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO 52181815405

01 172210721

ANDRE CESAR PEREIRA SARAIVA
AV SABA EUNHA
331, GARANA
BOA VISTA RR 6931361B

86722280225 NAX7160

LIRAMOTO LIRA MOTORES LTDA

9C6KE1210AG030396

PAS/MOTOCICLETA GABRIELINA

YAMAHA/FACTOR VER125 E 2009 2010

002P/01240C CATEGORIA DO PREDOMINANTE RDXA

AL FID YAMAHA ADM DE CONSORCIO LTDA
PROIB SAIR AMAZONIA OCIDENTAL

BOA VISTA 27/10/2009

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A

02708,4

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

NOME DO COMPRADOR: Almendra Pereira Tomé

VALOR R\$ 3.500,00

17922 OFFICIAL 593 401 422-68

Av. Saba Cunha n: 331
Boa Vista - RR, 28/01/2014

Andre Luis P. Souza

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO VENDEDOR

ASSINATURA DO COMPRADOR

TABELIONAT PRESENTE NO DETRAN NO PROPRIETÁRIO VENDEDOR

BOA VISTA - RORAIMA (93) 3224-3221

RECONHECIMENTO VERDADE LRA 31(5) 351 natura(5)

27/10/2009 - ANDRE CESAR PEREIRA SARAIVA

063-EVELIN CRISPINE HYGINO

ESCREVENTE AUTORIZADA - CUI DISTAS: 3.10

Consulta de Veículos na Base Local

Consulta Local por Chassi: 9C6KE1210A0030396

Situação: 1-EM CIRCULACAO

DADOS DO VEICULO

Placa: NAX7160 Chassi: 9C6KE1210A0030396 Renavam: 00172210771 Remarcado(S/N): N
Município: 00301-BOA VISTA Marca/Mod: 009613-YAMAHA/FACTOR YBR125 E
Procedência: 1 - NACIONAL Tipo: 04-MOTOCICLETA Espécie: 01-PASSEIRO
Categoria: 01-PARTICULAR Combustível: 02-GASOLINA Ano Mod/Fab: 2010 / 2009
Cor: 13-ROXA Cap Passag: 002 Potência: 000 Cilindradas: 0124
Carroceria: 999-NAO APLIC. N° Motor: E3C9E-030596 N° Câmbio:
Faixa Seguro: 09 Deficiente Físico: Selo Idoso:
Roubo Furt: N Data da Última Atualização: 27/02/2014 Taxi: NAO
Ano Último CRLV Emitido: 2013 Ano Último Licenciamento: 2013 - Autorizado em 13/12/2017
Observações: PROIB SAIR AMAZ OCIDENTAL
Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMINIO
Número do Lacre: 0017506735RR
Número de autorização:

DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: ALESSANDRA PEREIRA TOME CPF/CNPJ: 593.401.422-68
Endereço: AV SABA CUNHA N°: 331 Bairro: CARANA
Complemento: CASA Cidade: BOA VISTA Cep: 69313618
Data Aquisição 0km: 07/10/2009 Valor 0km: 6676,00
Data Transferência: 28/01/2014 Valor: 3500,00 N° Doc. Aquisição:

PROPRIETÁRIO ANTERIOR

Nome: ANDRE CESAR PEREIRA SARAIVA CPF/CNPJ: 867.222.802-25
Endereço Anterior: BOA VISTA UF: RR

DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 27/02/2014 N° CRV: ***** Data CRLV: // N° CRLV:

RESTRIÇÕES

07-BENEFICIO TRIBUTARIO

Observações: PROIB SAIR AMAZ OCIDENTAL N° Restrição:
Data Limite Rest Tributária: // Doc. Restrição Tributária:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180339927 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KELVIN DA SILVA CALIXTO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM PÉ DIREITO EVOLUINDO COM FERIMENTO INFECTADO PLANTAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

IVONE S. VALICE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180339927 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KELVIN DA SILVA CALIXTO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: A
Resultados terapêuticos: A
Sequelas permanentes:
Sequelas: Sem sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: A

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

24 JUL 2018

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Kelvin da Silva Calixto
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: solteiro
Profissão: Estudante
Identidade: 355 847-9 CPF: 002.489.412-59
Endereço: R: Macuxi Bairro: Aparecida
Cidade: Boa Vista CEP:

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Amia Helena Fracalossi de Melo
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: casada
Profissão: Autônoma
Identidade: 488049 CPF: 421.026.772-49
Endereço: R: Antônio Augusto Martins Bairro: Boa Francisco
Cidade: Boa Vista CEP: 69.305-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representa-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

Boa Vista, 29 de Abril de 2018.



Kelvin da Silva Calixto
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

Dr. Edson Severino de Sousa Junior
Tabelião Substituto
Cartório Loureiro