

---

**Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190596871**

**Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM**

**Data do Acidente: 05/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), VALERIA GOMES COSTA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190596871                      Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM

Data do Acidente: 05/06/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VALERIA GOMES COSTA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190596871

Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VALERIA GOMES COSTA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **VALERIA GOMES COSTA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003905**

Conta: **0000015697-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **073.770.772-04** 4 - Nome completo da vítima: **GABRIEL GOMES SANTAREM**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **VALERIA GOMES COSTA** 6 - CPF: **987.008.712-49**  
7 - Profissão: **AUTONOMA** 8 - Endereço: **RUA, BOA VISTA** 9 - Número: **00226** 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: **NOVA CIDADE** 12 - Cidade: **BOA VISTA** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.316-208**  
15 - E-mail: **RECUSOU** 16 - Tel.(DDD): **9598122-7634**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: **VALERIA GOMES COSTA**  
18 - CPF do Representante Legal: **987.008.712-49** 19 - Profissão do Representante Legal: **DO LAR**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: **3905** CONTA: **00015697** 3  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Boa Vista/RR 18/10/2019**

*Valeria Gomes C.*  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

*Gabriel Gomes Santarem*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Procurador*  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **073.770.772-04** 4 - Nome completo da vítima: **GABRIEL GOMES SANTAREM**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **VALERIA GOMES COSTA** 6 - CPF: **987.008.712-49**  
7 - Profissão: **AUTONOMA** 8 - Endereço: **RUA, BOA VISTA** 9 - Número: **00226** 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: **NOVA CIDADE** 12 - Cidade: **BOA VISTA** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.316-208**  
15 - E-mail: **RECUSOU** 16 - Tel.(DDD): **9598122-7634**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: **VALERIA GOMES COSTA**  
18 - CPF do Representante Legal: **987.008.712-49** 19 - Profissão do Representante Legal: **DO LAR**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: **3905** CONTA: **00015697** 3  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Boa Vista/RR 18/10/2019**

*Valeria Gomes C.*  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030829/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/09/2019 09:46 Data/Hora Fim: 16/09/2019 10:27  
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 05/06/2019 23:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: RUA: RIO SÃO FRANCISCO

Bairro: Bela Vista  
Nº: 352

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALÉRIA GOMES COSTA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Santa Luzia do Sexo: Feminino  
Profissão: Autônomo  
Nome da Mãe: Joelina Gomes Costa

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA BOA VISTA  
Bairro: NOVA CIDADE

Nº: 226

Nome Civil: GABRIEL GOMES SANTAREM (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteiro(a) Sexo: Masculino Nasc: 07/08/2013

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu nesta especializada para informar que na data, hora e local acima descrito, seu filho Gabriel Gomes Santarém, foi atropelado por uma motocicleta não identificada, que devido o acidente o menor sofreu lesão corporal, o mesmo foi socorrido por populares que estavam no local. Que não deseja representar criminalmente. Registro somente para fins do Seguro DPVAT. Era o relato.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030829/2019

ASSINATURAS

*Ernandes Ferreira*  
Agente de Polícia  
Mat. 042000612

Ernandes Ferreira Lima  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000612  
Responsável pelo Atendimento

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



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 073.770.772-04 4 - Nome completo da vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 445/2012

5 - Nome completo: VALERIA GOMES COSTA 6 - CPF: 987.008.712-49  
 7 - Profissão: AUTONOMA 8 - Endereço: RUA, BOA VISTA 9 - Número: 00226 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: NOVA CIDADE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-208  
 15 - E-mail: RECUSOU 16 - Id. (DDC): 9598122-7634

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

17 - Nome completo do representante legal: VALERIA GOMES COSTA 18 - CPF do Representante Legal: 987.008.712-49 19 - Profissão do Representante Legal: DO LAR

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DO CANCELAMENTO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO (IDENTIFICAÇÃO PAIS, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Sempre - preencher todos os dados. Assine a caixa correta!) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os dados)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3905 CONTA: 00015697 3 - AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informação digitada no site) (Informação digitada no site) (Número digitado no site) (Número digitado no site)

Autorizo a Seguradora Líder a credenciar na fonte beneficiária informada, de acordo com a legislação/regulamento do Seguro DPVAT a qual efetuará depósito, reconhecimento do crédito, desde que o pagamento seja a efetivação do crédito, qualquer total do valor devido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou apresentando pedido de anulação do laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins do Seguro DPVAT; ou  
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
 Solicito o prosseguimento do processo de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, conforme lei, desde que, em um submeter a análise médica especializada, caso necessário, às custas da Seguradora, para verificação de ocorrência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 197/74.  
 Deixo que esta autorização não significa anulação do laudo com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o diagnóstico médico, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - CPF da vítima: \_\_\_\_\_ 24 - Data da morte: \_\_\_\_\_  
 25 - Grau de parentesco com a vítima: ☐ Pai/mãe ☐ Filho(a) ☐ Cônjuge ☐ Companheiro(a) ☐ Outros: \_\_\_\_\_  
 26 - Grau de parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima de fato, companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tiver filhos, informar nomes: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima de fato, companheiro(a) tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tiver filhos, informar nomes: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima de fato, companheiro(a) tem filhos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, o indenizatório do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e comprovarem com documentação, quando desta, ainda que, qualquer omissão ou falha na declaração não conduta poderá gerar a obrigação de ressarcimento ou ressarcimento, além da responsabilidade criminal em decorrência do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura digital da vítima ou representante legal: \_\_\_\_\_  
 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a cargo): \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a cargo): \_\_\_\_\_  
 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo): \_\_\_\_\_  
 38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, RR, 18/10/2018

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Valeria Gomes Costa  
 42 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_



# 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: 05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: VALERIA GOMES COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000015697-3

---

Nr. da Autenticação DAC68EB1CA9FA833

0800 280 9520

MÊS/ANO: 09/2019

VENCIMENTO: 15/10/2019

MATRÍCULA: 00125848.6

FRANCINEI DE SOUZA SANTAREM

RUA BOA VISTA, NUM. 00226

NOVA CIDADE

BOA VISTA RR 69316-208

INSCRIÇÃO: 001.025.377.0160.000

ROTA: 17.0370

CATEGORIA		ECONOMIAS		HIDRÔMETRO		VOL FATURADO		DESCRIÇÃO		Nº DA CONTA	
RESIDENCIAL		1				10		NAO MEDIDO		15659144	
DT.LEITURA ANT.		DT.LEITURA ATUAL		DIAS DE CONSUMO		LEITURA ANT.		LEITURA ATUAL		MÉDIA	
										10	
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
08/2019	10	07/2019	10	06/2019	10	05/2019	10	04/2019	10	03/2019	10

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
AGUA	10 M3	23.83
MULTA P/IMPONTUALIDADE	07/2019	0.40

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

~~ALISTADO DE SEGUROS~~

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Dr. Cynthia Jaffe Peters, 404 • New York • 703

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

24.30

**PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO**

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL N° 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRO 10201803 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.025.377.0160.000	09/2019	13	24,30	17.0370

82640000000-4 24300004001-0 00125848601-6 09201990003-1





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA  
CNPJ: 05.939.467/0001-15  
Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610  
FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 09/2019

VENCIMENTO: 15/10/2019

MATRÍCULA: 00125848.6

FRANCINEI DE SOUZA SANTAREM

RUA BOA VISTA, NUM, 00226

NOVA CIDADE

BOA VISTA RR 69316-208

INSCRIÇÃO: 001.025.377.0160.000

ROTA: 17.0370

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1		10	NAO MEDIDO	15659144
DT.LEITURA ANT.	DT.LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
					10
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
08/2019	10	07/2019	10	06/2019	10
05/2019	10	04/2019	10	03/2019	10

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	10 M3	23.83
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2019		0,47

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

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

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

24,30

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201808 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.025.377.0160.000	09/2019	13	24,30	17.0370

82640000000-4 24300004001-0 00125848601-6 09201990003-1



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 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 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 resseguro.

<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 ROSÂNGELANUNES MASULLO inscrito (a) no CPF 321.800.442 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GABRIEL GOMES SANTAREM inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.770.772 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GABRIEL GOMES SANTAREM inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.770.772 / 04 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>AV. MANOEL RUISE</u>		Número <u>1467</u>	Complemento
Bairro <u>ASA BRANCA</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RJ</u>	CEP <u>68.309-170</u>
Email <u>CUNZAMASULLO@HOTMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD) <u>95/98122-7634</u>	Telefone celular (DDD) <u>95/58-4307</u>	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
20 SET 2019  
  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RJ

BOA VISTA 17 de setembro de 2019  
Local e Data

Rosângela Nunes Masullo  
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
26 SET 2019  
  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RJ

Código paciente: 68211

Relatório: Enviar



Prefeitura Municipal de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA  
Hospital da Criança Santa Antônia

# PRONTUÁRIO

# 68211

ÁREA DE REGISTRO - DPMAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
20 SET 2019  
CENTRO SEGURADORA S/A  
R. Cônego Antônio de - Boa Vista - PA

ÁREA DE REGISTRO - DPMAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
26 SET 2019  
CENTRO SEGURADORA S/A  
R. Cônego Antônio de - Boa Vista - PA

Cartão do SUS:

Data Nascimento: 07/08/2012

Sexo: M

Nome:

GABRIEL GOMES SANTAREM

Mãe:

VALERIA GOMES COSTA

00211

Ocupação do pai e local de trabalho? OPERADOR DE MÁQUINA (ARROZ EACCIO)

Ocupação da mãe e local de trabalho? AUTÔNOMA

Possui outra fonte de renda? Qual? NÃO

Possui agregado(s) em casa? Sim ( ) Não (X) Parentesco: \_\_\_\_\_

Número de filhos: 02 (05 anos, 04 anos)

Residência:

( ) Própria (X) Alugada ( ) Financiada ( ) Cedida

Tipo de moradia:

(X) Alvenaria ( ) Madeira ( ) Mista ( ) Talpa

Quantos cômodos? 02

Tipo de abastecimento da água?

(X) Rede Pública ( ) Poço ( ) Outros

Esgotamento Sanitário?

(X) Fossa Séptica ( ) Fossa Ruiduenter ( ) Esgoto Sanitário ( ) Outros

Situação Habitacional:

(X) Bairro ( ) Conj. Habitacional ( ) Vilas/Vicinal ( ) Sítio/Chácara ( ) Com. Indígena

( ) Assentamento

Recebe algum Programa de Transferência de Renda

( ) Bolsa Família R\$ \_\_\_\_ ( ) Crédito do Povo R\$ \_\_\_\_ (X) Não recebe nenhum benefício ( ) Outros

Renda Familiar:

( ) Menos de 1 salário mínimo (X) 1 a 3 salários mínimos ( ) 4 a 6 salários mínimos

\*Número de filhos:

( ) Nascido vivos ( ) Perdas fetais/abortos ( ) Ignorado

\*Tipo de gravidez:

( ) Única ( ) Dupla ( ) Tripla e mais ( ) Ignorado

\*Tipo de parto:

( ) Vaginal ( ) Cesáreo ( ) Ignorado

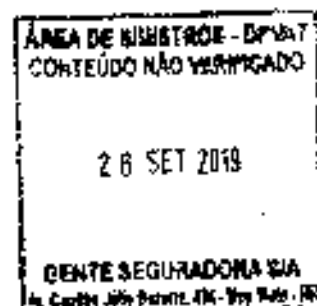
\*Precedimento exclusivo para crianças menores de 1 ano - informações sobre a mãe

#### V - CONDUZA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

Criança vítima de atropelamento por motocicleta, segundo informações da genitora, estava de saída da igreja e o acidente ocorreu no momento em que o filho atravessou a rua para encontrá-la. Realizado orientações sobre o Seguro DPVAT com entrega de material informativo (folder). A genitora recebeu orientações sobre as normas e rotinas da unidade. OBS: A genitora não apresentou documentos de identificação da criança.



*Claudiane*  
Claudiane Costa Girão  
Assistente Social  
CRS 528455-0/RR



( ) 030101004-B ( ) 030107004-0 PACT. NEUROLÓGICO ( ) 080101004-7 C. NASCIMENTO





HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO  
CIRÚRGICO



Secretaria Municipal Saúde  
Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 5/6/19 O.S.

ÁREA DE SINISTROS - DENT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

Diagnóstico Pré-Operatório

FRANCISCO GOMES SANTANEM

Indicação Terapêutica

Tratamento cirúrgico fratura exposta do osso da perna

Tipo de intervenção

Amputação

ÁREA DE SINISTROS - DENT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

Medicações e Acidentes



26 SET 2019

Cirurgião

Dr. Bruno Figueiredo

ÁREA DE SINISTROS - DENT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

Instrumentadora

Anestesistas

ADONIARE

Anestesia

Início

Fim

Duração

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em DDA + anestesia
- (2) ASSEPSIA + ANTISEPSIA + campo estéril
- (3) Limpeza exaustiva e do osso de sono fratura da perna + amputação do osso da perna
- (4) Fechamento por planos + curativo
- (5) TALA fixação por placa
- (6) RPA

5/6/19

Data

Dr. Bruno Figueiredo - A. Santos  
Ortopedista + Traumatologista  
RQE 60375/2017  
CRM 1047

Assinatura

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA  
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO - HCSA

Sistema

HORA DA ENTRADA: 11:00	DATA:
NOME DO PACIENTE: Gabriel Gomes Sanitarium	DATA NASC: 02/08/2012
SUS:	IDADE: 05
MAE: Valéria Gomes Costa	
ENDEREÇO: Rua Esmeralda, 1226	CIDADE: BOA VISTA
BAIRRO: Nova Cidade	
TELEFONE: 984019597	
ACOMPANHANTE: mãe	

QUEIXA:

OBSERVAÇÃO:

PESO: 22kg TEMPERATURA:

CLASSIFICAÇÃO: ( ) VERMELHO ( ) LARANJA ( ) AMARELO ( ) VERDE ( ) AZUL

Breve Histórico/Observação/Dados Clínicos:

Paciente vítima de atropelamento, moto, esmagado  
com fraturas em membros inferiores

Exame físico:

ex. Físico

Paciente consciente, 22kg, corado, bem hidratado

AC/M: sem alterações

Auscult: atípica

No. trauma ortopédico fratura femur e ?

PRESCRIÇÃO Ob. RX femur

- |               |         |      |
|---------------|---------|------|
| ① Dipirona    | 0.9 - l | (EV) |
| ② Paracetamol | 20mg    | (EV) |
| ③ Soro 0.9%   | 400ml   | (EV) |
| ④ Ceftriaxona | 500mg   | (EV) |

23/12

Dr. Marcelo Marques  
Médico de Emergência  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 101112

Dr. Ricardo Figueiredo dos Santos  
Ortopedia e Traumatologia  
RQE 000.000.000.000  
CRM 101112



# Hospital da Criança Santo Antonio

CNS:

Cód. Atendi: Paciente:

00179052 000006921 GABRIEL GOMES SANTANEM

Data Nascimento: Idade:

07/08/2012

6

Unidade de Internação e Leito:



## Serviço Social

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Visita ao Leito    | <input type="checkbox"/> Mediação de Conflitos              | <input checked="" type="checkbox"/> Acompanhamento | <input type="checkbox"/> Autorização              |
| <input checked="" type="checkbox"/> Escuta Qualificada | <input type="checkbox"/> Viabilização                       | <input type="checkbox"/> Visita Domiciliar         | <input type="checkbox"/> Relatório Situacional    |
| <input type="checkbox"/> Contato Familiar              | <input checked="" type="checkbox"/> Orientação              | <input type="checkbox"/> Visita Insst.             | <input type="checkbox"/> Busca Ativa              |
| <input type="checkbox"/> Contato Institucional         | <input type="checkbox"/> Articulação entre setores internos | <input type="checkbox"/> Conserv. de Corpo         | <input type="checkbox"/> Reunião Multidisciplinar |
| <input type="checkbox"/> Estudo de Caso                | <input type="checkbox"/> Encaminhamento                     | <input type="checkbox"/> Registro Social           | <input type="checkbox"/> Declaração               |
| <input type="checkbox"/> Outras Demandas               | <input type="checkbox"/> Contra Referência                  | <input type="checkbox"/> Entrevista Social         | <input type="checkbox"/> Parecer                  |
|  |   | <input type="checkbox"/> Agendamento               | <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento   |

### Observações:

CP - vítima de atropelamento ocasionado por motocicleta, internada no Bloco F. Realizado acolhimento e orientações referente ao seguro DPV e egera nas normas e rotinas da unidade. Preenchida a Ficha Social anexada no prontuário.

Bom Vista - RR SEXTA-FEIRA, 07 DE JUNHO DE 2019

VALERIA GOMES COSTA

Assinatura do Responsável

*Claudiane Costa Giraó*  
Claudiane Costa Giraó

CLAUDIANE COSTA GIRAÓ Assistente Social GRESS: 5358  
Assinatura e Carimbo

## FICHAS DE GASTOS

KIT PUNÇÃO VENOSA  
 KIT NEBULIZAÇÃO  
 KIT DEXTRO  
 KIT OXIGENOTERAPIA  
 KIT ASPIRAÇÃO  
 KIT SONDAÇÃO NASOGÁSTRICA  
 KIT SONDAÇÃO ENTERAL  
 KIT SONDAÇÃO VESICAL  
 KIT SONDAÇÃO SIMPLES  
 KIT SONDAÇÃO GRANDE  
 DIVERSOS  
 ÁGUA DESTILADA 10ml  
 SERINGA 20ml  
 SERINGA 10ml  
 SERINGA 05ml  
 SERINGA 03ml  
 SERINGA 1ml  
 EQUIPO MACROGOTAS COM INJETOR  
 EQUIPO MICROGOTAS COM INJETOR  
 AGULHA N°  
 GAZE (PADOIE)  
 ALCOOL 701%  
 JELCO N°  
 MASCARA  
 LUVA DE PROCEDIMENTOS  
 GORRO

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

13:30h. Pac. internado no 1º andar do HSE, inconsciente de nível, ativo  
 consciente, apnéia, respiração labial, diminuída a la presença de AP  
 HSD, diminuída a presença de S. Sinais vitais da seguinte forma:  
 13:30h. Não desentubado, a base da 1ª e 2ª de HSE. Encaminhado ao Hospital

Paciente recebido do CC após procedimento cirúrgico de  
 colocação de tubo traqueal definitivo em REE, refere dor  
 abdominal discreta e V. G. 12/10/2017  
 O paciente choroso  
 referir dor. Fato discreto.

Sônia C. de Freitas  
 ENFERMEIRA  
 CRP 10.111/2017



# HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

## CONTROLE SINAIS VITAIS E CONTROLE HÍDRICO - UTIP



Prefeitura Municipal de Boa Vista

Secretaria Municipal de Saúde

Data: 05 / 06 / 2024 Fase:

Nome: Gabriel Viana Santana  
Registros: 3  
Idade: 20  
Data da internação na UTIP: 1 / 1

Diagnóstico: Doença de PTB

### SINAIS VITAIS

### GANHOS

### CONTROLE HÍDRICO

### PERDAS

### CUIDADOS ESPECIAIS

ASSINATURA E  
CARIMBO

HORA

Temp.

P.A.

F.C.

F.R.

SpO2

Dieta

Sond.

NRP

Medicação EV

Medicação VO

Hemoderivado

Sedação

Comação de:

Fase de:

Diurese

Fazes

Sondas

Órains

Aspiração

FO2

PEEP

PIP

FAP

Oxigênio  
terapia

Dextros

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

24h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

Exames e/ou recomendações:

Placenta

Placenta

Placenta

Placenta

Placenta

Placenta

Placenta

Placenta

# Evolução de Enfermagem

Assinalar se re que foi realizado e marcar os materiais abaixo:

Manhã:

Kit Puncão Venosa

Kit Mobilização

Cateter nasal (oxigenioterapia)

Sondagem Nasogástrica

Sondagem Enteral

Sondagem Vesical de alívio

Sondagem Vesical de demora

Curativo Grau I

Curativo Grau II

Reidratação de Dreno de Torax

Retirada do Ponto

Lavagem Gástrica

Troca de sonda de gastrostomia

Bolsa de Colostomia (faciada)

Bolsa de Colostomia (drenável)

Outros:

Notas: Recém nascido de alto risco, prematuro, com síndrome da respiração distal, em uso de ventilação mecânica e sonda de alimentação.

Recém nascido de alto risco, prematuro, com síndrome da respiração distal, em uso de ventilação mecânica e sonda de alimentação.

Recém nascido de alto risco, prematuro, com síndrome da respiração distal, em uso de ventilação mecânica e sonda de alimentação.





## Evolução de Enfermagem

Assinalar sempre que for realizado o procedimento ou quando  
tratar os materiais abaixo:

Name: Teddy Age: 44cc Minor em sc op

the course of development, circulation

Wm Pitt  
march 13<sup>th</sup> 1781 at the  
age of 22

blend a little more — very good

[illegible]

Sam, 21 High School Road, 200

CONFIDENTIAL

COPIES

**Klit Puerçio Wênarçsa**

## Kir Nobilitazione

**Οξυπυρροξία (Oxyprotopia)**

**Sprachraum Wissenschaft**

**Sondagem Final**

**Sondagem Visual de Ativo**

5. Soudagern vesiala qur namini:

உள்ளுறை

Refined de Br

Retirada de Pontá

La veguim d'estràcia

Tropa de sonda de

Bolsa de Ekostonia (fechado)

**Ediția de Confostomia (drenajul)**

Outros:
---------

**toite:**

# Evolução de Enfermagem

Manhã:

Assinalar sempre que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:

Kit Punção Venosa

Kit Nebulização

Caletar nasal (oxigenioterapia)

Sondagem Nasogástrica

Sondagem Enteral

Sondagem Vesical de alívio

Sondagem Vesical de drenagem

Curativo Grau I

Curativo Grau II

Retirada de Dreno de Tórax

Retirada de Ponto

Lavagem Gástrica

Troca de sonda de gastrostomia

Bolsa de Colectomia (fechada)

Bolsa de Colectomia (drenável)

Outros:

Nome:

Isabel de Almeida, em 10/05/2023, em 10/05/2023

Trabalho de 10/05/2023, em 10/05/2023

Trabalho de 10/05/2023, em 10/05/2023

Trabalho de 10/05/2023, em 10/05/2023

Serviço de Prontidão

INTERFERON- $\alpha$



## Evolução da Enfermagem

As par sempre que for realizado o procedimento em quando trocar os materiais abaixo:

**trocar os materiais abaixo:**

Month: April 14.00°C 1 mor can ex- an

Kit Pungdo Venosa  
Kit Nebulizagão

കുറ്റബ്ബാസ്

### Catechol bisacryl (oxalogenoltrapiol)

### **Ökonomische Maßnahmen**

**Sondage en Inde**

### Sondagem Vascular de Arterio

### Sondagem Vesical de demora

**Cumabho Grah**

**Cumtvo Graam II**

### Religiões de Deus e Tópicos

સાક્ષીના નામ

[illegible]

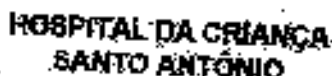
\_\_\_\_\_

[illegible]

\_\_\_\_\_ (Signature)  
\_\_\_\_\_ (Print Name)

1. Introduction

**Noite:**



### **PRESCRIÇÃO MÉDICA**



**Professura Municipal de Eloy Vito**

Specialité: Marketing du Service

NAME: ESMER GONZALEZ SANTANA

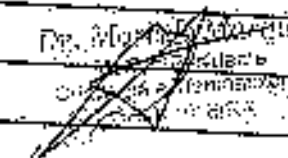
GRADE: 5

PESO: 204 PRONTUARIO:

HD:

BLOCO: F LEITO: 13

Fundação Espiritual DE Paura (E)

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
5/6/19	① DIENA oral LÍQUIDA ② RUP ③ CEFTRIAXONA 1g EV. 12/12 horas ④ OXACILINA 660mg EV. 4/4 horas ⑤ DIFENIDRAMINA 45mg EV. 6/6 horas S/N ⑥ IBUPROFENO 200mg 8/8 horas ⑦ ONDANSÊTRONA 3mg EV. 8/8 horas S/N/SN ⑧ SINAIS VITAIS 6/6 horas ⑨ Tramadol 20mg + 50ml @ 8/8h. S/N SN	SNT Monitor 24 12 02 04 06 08 10 14 18 20 22 00 ME Rotina
		
	Dr. Mariana Gonçalves Médica Residente Clínica de Internação 19/06/2019	
	Dr. Mariana Gonçalves Médica Residente Clínica de Internação 19/06/2019	

Hospital da Criança Santo Antônio - HCSA  
Av. das Guaranias, nº 1005, Itaipava - CEP: 69305-190  
PARÁ: 66251-000 - São Vito/RR





HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	GABRIEL GÓMEZ SANTAREM				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA OSSOS DA PERNA E		DR BRUNO F		
ALERGIAS				PESO	20
IDADE	5	LEITO	F13	DATA	10/08/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
	DIETA ORAL PARA IDADE				5 N D
	AVP				manhã
	CEFTRIAXNA 1g EV 12/12HRS				12:00
	DIPTRONA 1ML EV 8/8H SN				5:00
	ONDANSETRON 1.0ML EV 8/8HRS				5:00
	SSVV + CCGG 5/5 H				Rotina
	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
	OXACILINA 666MG EV 4/4HRS				10:00

CRIANÇA NO LEITO, ESTAVEL

MANTENHO SUPORTE CLÍNICO

RISCO + EX LAB 09/08 - Lócio 7.9, 218 9.1

D

SINAIS VITAIS							
6 H	PA	FC	FR				
12 H							
18 H							
24 H							



HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista



Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Adriano Gomes Pontes

IDADE: 5

PESO: 10 PRONTUÁRIO:

ND:

BLOCO: F

LEITO: 13

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
11/06/19	1) Dose sup para analg.	SND
	2) ACP	Master
	3) Ceftriaxona 1000mg @ 12/24 hrs.	12h 24h
	4) D. p. sono 0.5ml @ 12/24 hrs.	SND
	5) E. 500 + cef. 600 6/6 hrs.	Rotigou
	6) Amoxic. 500mg	
	7) Dose sup 100mg @ 6/6 hrs.	12h 24h 26h
	8) Amoxic. 500mg	

Paciente em estado geral

estável, sem febre

sem c. r. R. 12/24

Assinado por: [Assinatura]  
Data: 11/06/19



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE GABRIEL GOMEZ SANTAREM					
DIAGNÓSTICO EX EXPOSTA OSSOS DA PERNA E				DR BRUNO F	
ALERGIAS				PESO	20
IDADE	5	LEITO	F13	DATA	12/06/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
	DIETA ORAL PARA IDADE				5:00
	AVP				12:00
2.08	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS				12:00
	DIPYRONA 1ML EV 6/6H/SN				08:00
	ONDANSETRON 1.0ML EV 8/8HRS				
	SSVV + CCGG 6/6 H				
	CURATIVO DIÁRIO				
2.09	OXACILINA 666MG EV 4/4HRS				10:00

CRIANÇA NO LEITO, ESTÁVEL  
MANTENHO SUPORTE CLÍNICO  
RISCO + EX LAB 09/06

Dr. Marcelo Marques  
Médico Pediatra  
Otorrinolaringologista  
CRM 11518/RN

D

SINAIS VITAIS						
8 H	PA	FC	FR			
12 H						
18 H						
24 H						



**Santo Antônio**

Hospital da Criança

Secretaria Municipal  
da Saúde - SMSA



**RECEITUÁRIO**

LT 13  
Bloco F

Nome Galvina Gomes Santos Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )

*Meia anestesia*

DATA 10/6/10

Assinatura e Rubrica do Médico

Av. das Glórias nº 1645 - 13 de Setembro CEP: 69400-160 Boa Vista - RR

Fone: (67) 3195.3000 e-mail: smsa@boa-vista.rr.gov.br

CNPJ: 06.945.040/0001-27



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	GABRIEL GOMEZ SANTAREM				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA OSSOS DA PERNA E			DR BRUNO F	
ALERGIAS				PESO	20
IDADE	5	LEITO	F13	DATA	15/08/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
	DIETA ORAL PARA IDADE				
	AVP				
	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS				
	DIPIRONA 1MLEV 6/6H SN				
	ONDANSETRON 1.0MLEV 8/8HRS				
	SSVV + CCGG 6/6 H				
	CURATIVO DIÁRIO				
	OXACILINA 566MG EV 4/4HRS				

CRIANÇA NO LEITO, ESTÁVEL  
MANTENHO SUPORTE CLÍNICO  
RISCO + EX LAB-09/06  
ALTA HOSPITALAR

Dr. Odinachi Oliveira  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 14534/RJ

SINAIS VITAIS							
6 H	PA	FC	FR				
12 H							
18 H							
24 H							

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA



SUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO

DATA/HORA

EVOLUÇÃO

30/06/19

GABRIEL GOMES SANTAREM, 5a

PSICOLOGIA (MANHÃ)

Atendimento a genitora  
que encontra-se bastante  
apressada diante a situação  
do filho. A mesma foi orientada  
sobre o papel de acompanhante  
e equilíbrio emocional durante  
a internação. No momento  
o paciente estava tranquilo  
e comunicativo.

Rivaldisa Barbosa Dantas

Psicóloga

CRP 201455





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIREÇÃO DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO  
PROTOCOLO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA

1- Enfermagem confirma verbalmente com a Equipe:

- Nome do procedimento realizado. *Tratamento cirúrgico de fratura exposta + 12*

- Se a contagem de compressas, instrumentos e agulhas estão corretas:

☒ SIM ☐ NÃO

2- Biópsias estão identificadas e com solicitações médicas?

☐ SIM ☐ NÃO

3- Houve algum problema com Equipamentos que devem ser resolvidos?

☐ SIM ☒ NÃO

- Cirurgião, Anestesiista e Enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória do paciente.

Observação:

---

---

---

---

Assinatura : \_\_\_\_\_

*Elisângela C. Lopes*  
*Enfermeira*  
COBEN 121067 ERM



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIREÇÃO DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO  
PROTOCOLO

CHECKLIST QUE COMPÕE O PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA.

CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA:

- 1- Identificação do paciente: Gabriel Gomes Santana
- 2- Local da Cirurgia a ser feita: MIC
- 3- Procedimento a ser realizado: Tratamento cirúrgico de fratura do perone MIC
- 4- Consentimento informado realizado: ☒ SIM ☐ NÃO
- 5- Checagem do Equipamento Anestésico: ☒ SIM ☐ NÃO
- 6- Oxímetro de Pulso Instalado e Funcionando: ☒ SIM ☐ NÃO
- 7- O Paciente tem Alguma Alergia? ☐ SIM ☒ NÃO  
- Sim, alergia a quê?
- 8- Há Risco de Via Aérea Difícil e/ou Broncoaspiração? ☐ SIM ☒ NÃO
- 9- Há Equipamentos disponíveis para atender intercorrências supracitadas? ☒ SIM ☐ NÃO
- 10- Há Risco de Perda Sanguínea > 500ml (7ml/Kg em Crianças)? ☐ SIM ☒ NÃO
- 11- Há acesso venoso e planejamento para reposição? ☒ SIM ☐ NÃO

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA:

- 1- Todos os Profissionais da Equipe Confirmam Nomes:  
- Cirurgião: Dr. Bruno Cirurgião Auxiliar: Dr. Marcelo RZ  
- Anestesiista: Dr. Adenilson Instrumentador:  
- Enfermeiro(a): Elza  
- Técnicos de Enfermagem: Marcelly - Lizomara
- 2- Antecipação de Eventos Críticos: Revisão do Cirurgião: ☒ SIM ☐ NÃO  
Há passos críticos na cirurgia ☐ SIM ☒ NÃO
- 3- Qual sua duração estimada? ☐ 1 Hora ☐ 2 Horas ☐ 3 Horas ☒ Outras
- 4- Há possíveis perdas sanguíneas? ☐ SIM ☒ NÃO
- 5- Revisão do Anestesiista:  
- Há alguma preocupação em relação ao Paciente? ☐ SIM ☒ NÃO
- 6- Revisão da Enfermagem:  
- Houve Correta esterilização do instrumental cirúrgico? ☒ SIM ☐ NÃO  
- Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? ☐ SIM ☒ NÃO
- 7- O Antibiótico Profilático foi administrado nos últimos 60 minutos?  
☒ SIM ☐ NÃO
- 8- Exames de Imagem estão disponíveis? ☒ SIM ☐ NÃO

Alargia: 0

HPP: 0

jejum &gt; 6h.

K1

HOSPITAL DA GRAÇA, SANTO  
ANTÔNIO

## FICHA ANESTÉSICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista

Secretaria Municipal de Saúde

PÓS-ANESTÉSICO - DRUGA - DOSE - HORA FELTO

Nome:

Gabriel Gomes Santarém 05 anos  
20 Kg

Profissão:

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

A  
G  
E  
N  
T  
E  
S

Atenção

Líquidos  
VenososFC/ECG/PANI/SatO<sub>2</sub>X  
PULSO

100% sat.

X  
ANESX  
OPX  
TEMPX  
ASP.X  
TEMPX  
RESPX  
OEXPOSIT.  
ASSIST.  
CONTILLO

SÍMBOLOS

AGENTE

A Celomino

B Norel

C Adrenalina

D Succinilcholina

E

F

G

GLICOSE

INDIC

SANGUE

DOSES

TÉCNICA

Sedação leve com

ventilação espontânea

x/O<sub>2</sub> 100% 2L/min sob

cateter nasal

cateter nasal

cateter nasal

cateter nasal

cateter nasal

cateter nasal

cateter nasal

cateter nasal

cateter nasal

cateter nasal

cateter nasal

cateter nasal

cateter nasal

cateter nasal

ANOTAÇÕES

X- Monitorização e che-  
ragem de equipamentos, drogas  
e anestesia.

⊗ a SRPA

TOTAL

OPERAÇÃO

Redução inscruenta de postura para E + gesso

ANESTÉSICO

CIRURGIÃO

Dr. Jonathan

PERDA SANGUÍNEA

Não houve

Dr. Cláudio J. J.  
Médico Anestesiologista  
CRM-RN 3580 RQE 792





HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO  
CIRÚRGICO



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 14/06/19 O.S. \_\_\_\_\_

*Luís Carlos Pereira*

Diagnóstico Pré-Operatório

Indicação Terapêutica

Tipo de intervenção

Medicações e Acidentes

Cirurgião

Instrumentador

Anestesistas

Anestesia

Início

1º Auxiliar

Duração

Fim

20 SET 2019

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em V.D. + Lb. esquerda
- 2) Anest. + Intubação
- 3) Retorno lateral de fôto com o. p. p.
- 4) Colocação de fôto lateral - p. p.
- 5) RPA



Dr. Osmar Chaves  
Médico Residente em  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 152118

Assinatura

14/06/19  
Data



HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO  
CIRÚRGICO



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 14/06/15 O.S.

Gabriel Gomes Lacerda

Diagnóstico Pré-Operatório

Fratura dos ossos do pé direito

ação Terapêutica

Redução imediata da fratura do pé direito e  
fixação com fios de aço

Tipo de intervenção

Medicações e Acidentes

Cirurgião

Dr. Jonathan

1º Auxiliar

Dr. Gabriel R.

Instrumentadora

Anestesiista

Anestesia

Início

Fim

Duração

# RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em V.D.H. sob anestesia
- 2) Anestesia e intubação
- 3) Redução imediata da fratura dos ossos do pé direito e  
fixação com fios de aço
- 4) RPA

Dr. Edmundo O. de  
Medicina Regional  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 48718

14/06/15

Data

Assinatura



HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO

FICHA DE MATERIAL DE  
CONSUMO EM CIRURGIA



NOME DO PACIENTE <i>Edson Gomes Santana</i>		APT°/LEITO	Nº PRONTUÁRIO	DATA <i>06.10.19</i>
CIRURGIÃO TIPO <i>1º Cirurgião de Fraturas Exp. M.E.</i>		TEMPO DE DURAÇÃO	INÍCIO <i>01:00</i>	FIM <i>01:13</i>
EQUIPE MÉDICA		TEMPO TOTAL <i>02:53</i>		
CIRURGIÃO <i>Dr. Bruno</i>		ANESTESISTA <i>Dr. Adenias</i>		
1º AUXILIAR <i>Dr. Marcelo</i>		INSTRUMENTADOR		
2º AUXILIAR		CIRCULANTE		

TIPO DE ANESTESIA			TEMPO DE DURAÇÃO		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATUT SIMPLES Nº			HORAS DE OXIGÊNIO <i>continuas</i>	
	CATUT SIMPLES Nº		1	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO % CC	250
	VICRYL		<input checked="" type="checkbox"/> 1	FRASCO SORO FISIOL. 500	
	CATUT			FRASCO SORO GLICOSADO % CC	
	CATUT CROMADO Nº			FRASCO SORO GLICOSA % CC	
	CATUT CROMADO Nº			XYLOCAINA % CC	5%
	CATUT ATRAUMÁTICO RETO			ALGODÃO	
	CATUT ATRAUMÁTICO CURVO			JELCO	
	FIOS SEDA Nº			PUPI ALCOOL	
	FIOS DE ALGODÃO Nº			POLVIDINE DEGERMANTE	30 ml
1	MONONYLON CI AGULHA 3,0			ALCOOL 70%	50 ml
	MONONYLON SI AGULHA			POLVIDINE TÓPICO	
<input type="checkbox"/>	UNIDADE DE GAZE <i>peito</i>			GLICOSE %	
	PARIS DE LUVA Nº		<input type="checkbox"/>	ATADURA DE CREPON Nº	20
	EQUIPOS P/ SORO			ATADURA GESSADA Nº	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			ÁGUA OXIGENADA	
	DRENOS Nº		<input type="checkbox"/>	ALGODÃO ORTOPÉDICO Nº	20
	SONDAS Nº			<i>seringas 3 ml - 10 ml</i>	
1	AGULHAS <i>p/ neuroanestesia</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	<i>elctis do</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> 1	COMPRESSAS <i>pele</i>		1	<i>catêtes O<sub>2</sub></i>	
1	LÂMINAS P/ BISTURI Nº 13				

SOMA DOS MATERIAIS

SOMA DOS MEDICAMENTOS

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA		DEBITAR NA C.C. DO PACIENTE	VALOR
VISTO DOS RESPONSÁVEIS			
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA (O) CHEFE		
FUNCIONÁRIO (A) CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO (A) C DO PACIENTE FEITO LAÇAMENTO		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE		MATERIAL/MEDICAMENTOS	
		SUB-TOTAL	
		TAXA DE SALVE ANESTESIA	
		SOMA	

ATENÇÃO: ESCREVA NO VERSO SE NECESSÁRIO



HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO

FICHA DE MATERIAL DE  
CONSUMO EM CIRURGIA



Id. 50 P. ± 20 Kg

NOME DO PACIENTE	Gabriel Gomes Pontes	APTº LEITO	Nº PRONTUÁRIO	DATA
CIRURGIÃO	Redução Encefalo + Crânio	TEMPO DE DURAÇÃO	INÍCIO	FIM
EQUIPE MÉDICA			14:52	15:03
CIRURGIÃO	Dr. Ghonatan	ANESTESISTA	Dr. Celso Wanderlei	TEMPO TOTAL
1º AUXILIAR	Dr. Adinarta	INSTRUMENTADOR	Giovane	
2º AUXILIAR	-	CIRCULANTE	Regelina + Jaberian	

TIPO DE ANESTESIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
Geral, lento (14:48)			

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATUTG SIMPLES Nº			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATUTG SIMPLES Nº			FRASCOS SORO FISIOLÓGICO % CC	2,50
	VICRYL			FRASCO SORO	
	CATUTG			FRASCO SORO GLICOSADO % CC	
	CATUTG CROMADO Nº			FRASCO SORO GLICOSA % CC	
	CATUTG CROMADO Nº			XYLOCAINA % CC	
	CATUTG ATRAUMÁTICO RETO			ALGODÃO	
	CATUTG ATRAUMÁTICO CURVO			JELCO	
	FIOS SEDA Nº			PURI ALCOOL	
	FIOS DE ALGODÃO Nº			POLVIDINE DEGERMANTE	
	MONONYLON C/ AGULHA			ALCOOL 70%	
	MONONYLON S/ AGULHA			POLVIDINE TÓRICO	
	UNIDADE DE GAZE			GLICOSE %	
	PARIS DE LUVA Nº			ATADURA DE CREPON Nº	
	EQUIPOS P/ SORO			ATADURA GESSADA Nº 15 cm	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			ÁGUA OXIGENADA	
	DRENOS Nº			ALGODÃO ORTOPÉDICO Nº 20 cm	
	SONDAS Nº			Eletrodo	
	AGULHAS			Seringa 10 ml 20.1	
	COMPRESSAS				
	LÂMINAS P/ BISTURI				

SOMA DOS MATERIAIS

SOMA DOS MEDICAMENTOS

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA		DEBITAR NA G.C. DO PACIENTE	VALOR
VISTO DOS RESPONSÁVEIS			
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA (O) CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
FUNCIONÁRIO	FUNCIONÁRIO	SUB-TOTAL	
AV. CÁLCULOS	AV. C. DO PACIENTE	TAXA DE SALA E ANESTESIA	
	FEITO LANCAMENTO	SOMA	

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

ATENÇÃO: ESCREVA NO VERSO SE NECESSÁRIO





SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

GABRIEL GONÇALVES SANTANA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓDIGO MUNICIPAL

18 - UF

19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura do osso da perna esquerda.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Traumático cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico + RX

23 - DIAGNÓSTICO

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura exposta perna E

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (Nº CÉDULA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE) SESSANTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (SUSCITANTE)

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

36 - NOME DO PACIENTE

37 - NOME DO RESPONSÁVEL

38 - DATA DA SOLICITAÇÃO

39 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNES DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - EERE

35 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - 1 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

38 - 4 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

42 - Causa Emergência

43 - Causa da Empresa

44 - CBR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO

2 - EMPREGADOR

3 - AUTÔNOMO

4 - DESSEMPREGADO

5 - APOSENTADO

6 - NÃO REGISTRADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Nº DO ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (Nº CÉDULA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Sistema Ministério  
Único de da  
Saúde Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.C.S. A

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO LANCIANTE

2 - CNES

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Roberto Luiz de Souza

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - LINHA

12 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, Nº-ALÍQUO)

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - CDD - INTERMUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura fechada da  
osso da perna (S)

20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

21 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Holter e Ecocardiograma e Holter de

22 - CLASSIFICAÇÃO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - TIPO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO

Atuação cirúrgica e fisioterapia

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL DO CDD (CDD ASSISTENTE)

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

33 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CDD (CDD)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - 2 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - 3 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - 4 - CDD DA SEGURADORA

38 - 5 - CDD DO SETE

39 - 6 - CDD

40 - 7 - CDD EMPRESA

41 - 8 - CDD DA EMPRESA

42 - 9 - CDD

43 - 10 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - EMPREGADO

45 - EMPREGADOR

46 - AUTÔNOMO

47 - DESEMPREGADO

48 - ACIDENTADO

49 - NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - CDD CDD PROFISSIONAL

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - DOCUMENTO

54 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55 - 1 - CNS

56 - 2 - CPF

57 - 3 - CDD

58 - ASSINATURA E CARIMBO (CDD) REGISTRADO DO CDD (CDD)

SUS

Sistema Ministério  
Único de da  
Saúde SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H-C-S-A

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Gabriel Gomez Sustareen

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

6 - Nº DO VIGIANTUÁRIO

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (CASA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CEB, IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ÁREA DE SINAIS E SINTOMAS - DP/AT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

Lesão fratura exposta da  
D. 8.8.8. do pé direito (S)

ÁREA DE SINAIS E SINTOMAS - DP/AT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

21 - GENTE SEGURODORA E ASSINATURA

Gente Seguradora EIA  
Cópia para o paciente 004 - 005 006 - 007

Assinatura do paciente

GENTE SEGURODORA EIA

Cópia para o paciente 004 - 005 006 - 007

22 - RESUMO DOS RESULTADOS DE PRINCIPAIS EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESUMÃO DE EXAMES REALIZADOS)

História + Exame físico + Radiografia

23 - DIAGNÓSTICO

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIA

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - RESUMO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

História + Exame físico + Radiografia + Exame de laboratório

29 - CLÍNICA

30 - DATA DE REALIZAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - Nº DO BILHETE

38 - 2 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - Nº DO EMPREGO

39 - 3 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - CNES DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - REEMPREGADO

47 - APOSENTADO

48 - NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - Nº DO ORGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

53 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54 - CNES

55 - CPF

56 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Paciente: **Gabriel Gomes Santarem** Sexo: **Masculino** Nascimento: **07/08/2012** Idade: **7 ANO**  
Solicitação: **33036286** Número Interno: Solicitante: **DONÁCHIL DOBCHUKU OKEMIRI CRM-RN 1851**  
Origem: **HCSA** Setor: **Bloco F** Leito: **Leito 13**  
Data de Emissão: **08/08/2018 11:47** Recebimento:

**Resultado de Exame**

Amostra: **3303628603**

**HEMOGRAMA COMPLETO**

Material: **SERUM TOTAL**

Metodologia: **M26 - Automatisado (bc-5380)**

**LEUCOGRAMA**

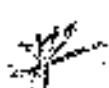
	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	<b>7.90 x10<sup>9</sup>/μL</b>	4.8 - 10.0 x10 <sup>9</sup> /μL
NEUTRÓFILOS	<b>52.00 %</b>	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	<b>32.00 %</b>	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	<b>2.00 %</b>	5.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	<b>14.00 %</b>	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	<b>0.00 %</b>	0.0 - 1.0 %

**PLASMÓGRAMA**

PLASMÓCITOS	<b>3.81 x10<sup>6</sup>/μL</b>	4.32 - 5.52 x10 <sup>6</sup> /μL
HEMOGLOBINA	<b>9.70 g/dL</b>	13.0 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	<b>28.70 %</b>	40.0 - 50.0 %
MCV	<b>79.60 μg/L</b>	87.0 - 103.0 μg/L
HCM	<b>26.90 pg</b>	27.0 - 34.0 pg
CHCM	<b>33.80 g/dL</b>	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	<b>11.70 %</b>	11.0 - 16.0 %
RDW SD	<b>39.30 fL</b>	35.0 - 58.0 fL

**PLAQUETÓGRAMA**

PLAQUETAS	<b>322.00 x10<sup>9</sup>/μL</b>	150.0 - 400.0 x10 <sup>9</sup> /μL
VPM	<b>7.20 fL</b>	6.0 - 12.0 fL
APF	<b>15.40</b>	9.0 - 17.0
PCT	<b>0.232 %</b>	1.00 - 2.80 %

  
Dra. Juliana Gilejns-Ferreira  
Farmacêutica - Bióloga  
CRF - RR 057

Responsável Técnico: Valdo Bruno Faria da Costa - Inscrição 14430 - CRF - RR 057  
OBS: Utilização exclusiva médica e/ou odontológica

08/08/2018 11:47

08/08/2018  
Página 5 de 7

Paciente: <b>Gabriel Gomes Santarem</b>		Sexo: <b>Masculino</b>	Nasc: <b>07/08/2012</b>	Idade: <b>7 ANO</b>
Solicitação: <b>30030300</b>	Número Interno:	Solicitante: <b>ODINIZHI UDQCHUNVU OKEMIR CRM-RR 1851</b>		
Origem: <b>HCSA</b>		Setor: <b>Bloco F</b>	Linha: <b>Linha 18</b>	
Data de Emissão: <b>08/09/2019 13:26</b>		Recebimento:		

**Resultado da Exame**

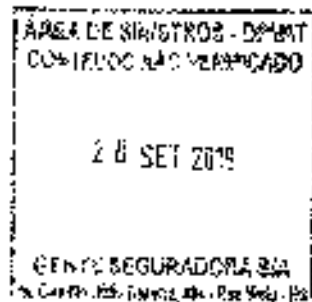
Amostra: 3003030001

**DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE**

Materia: <b>OBSERVACIONAL</b>	Resultado	Referência
Método: <b>M35 - Tempo De Duke</b>	<b>1'45" Min</b>	<b>1,0 - 4,0 Min</b>
<b>TEMPO DE SANGRIA</b>		

**TEMPO DE COAGULAÇÃO**

Materia: <b>SANGUE TOTAL</b>	Resultado	Referência
Método: <b>M3B - Lee White</b>	<b>4'00" Min</b>	<b>4,0 - 10,0 Min</b>
<b>TEMPO DE COAGULAÇÃO</b>		



Dr. Juliana Cristina Falcão  
Farmacêutica - Bloco F  
CRM - RR 067

Responsável Técnico: **Walter Bruno Pereira Gomes** - Responsável Técnico - CRM - 191211  
CBO: 11020505 - Intendência médica de saúde pessoal

08/09/2019 13:26

Dr. Antônio  
Página 1 de 1

Paciente: **Gabriel Gomes Santarém**

Sexo: Masculino

Nasc: 07/09/2012

Idade: 7 ANO

Solicitação: 30038295

Número Interio:

Solicitante: ODINACHI USOCKUKWU OKEMIRI GRM-RR 1651

Origem: HCSA

Sala: Bloco F

Leito: 16513

Data de Entrega: 05/06/2019 11:47

Recebimento:

**Resultado de Exame**

Amostra: 380262B521

**COAGULOGRAMA COMPLETO**

MATERIAL: PLASMA

Métodologia: MPT - Indeterminada

Resultado

Referência

TEMPO DE PROTROMBINA

14,0 seg

10,0 - 14,0 seg

RNI

1,08

0,8 - 1,2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

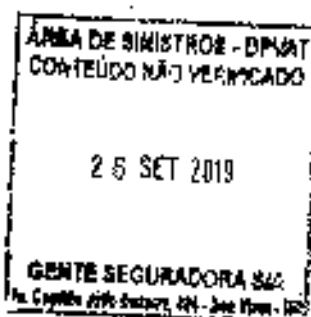
35 seg.

25,0 - 39,0 seg

**Notas**

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos exames de coagulograma e por esse razão não pode garantir a correta preservação.

Amostras coletadas sob circunstância esressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.



Dr(a) Juliana Cristina Ferreira  
Farmacêutica e Bioquímica  
CRF - RR 007

Responsável Técnico: Wilson Paulo Furtado Gomes - Anvisa/RR 001 - CRF - RR 001

Outro Usuário de Resultado: não possui registro subscrito

05/06/2019 11:47

Realizado

Página 1 de 2

Paciente: <b>Gabriel Gomes Santarem</b>	Sexo: <b>Masculino</b>	Nasc: <b>07/08/2012</b>	Idade: <b>1 ANO</b>
Solicitação: <b>30030295</b>	Número Interno:	Solicitante: <b>COINACHI UDOCHIKWU OKEMIRI CRM-RR 1861</b>	
Origem: <b>HC/Sa</b>		Satur: <b>Satur F</b>	Leito: <b>Leito 13</b>
Data de Emissão: <b>09/09/2018 11:47</b>		Recebimento:	

#### Resultado de Exame

Amostra: 3003029502

#### DOSAGEM DE CREATININA

Materiais: <b>SORO</b>		
Métodologia: <b>M11 - Clínico, Método Alcalino</b>	Resultado	Referência
<b>CREATININA</b>	<b>0,59 mg/dL</b>	<b>0,7 - 1,3 mg/dL</b>

#### Notas

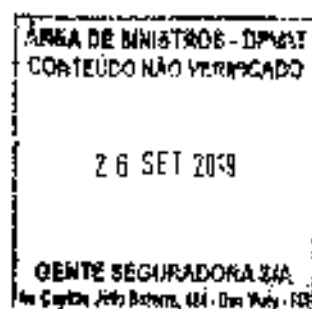
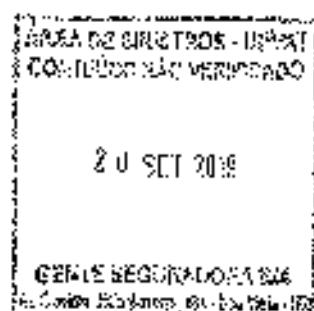
A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados não exigem um jejum mínimo de 4 horas.

#### DOSAGEM DE GLICOSE

Materiais: <b>SORO</b>		
Métodologia: <b>M01 - Enzimática Colorimétrica (glicose-oxidação)</b>	Resultado	Referência
<b>GLICOSE SÉRICA</b>	<b>100,31 mg/dL</b>	<b>60,0 - 99,0 mg/dL</b>

#### DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Materiais: <b>SORO</b>		
Métodologia: <b>M17 - Clínico (v. urasea)</b>	Resultado	Referência
<b>URÉIA</b>	<b>21,87 mg/dL</b>	<b>10,0 - 40,0 mg/dL</b>



Dr. Alvaro Andrade Gonçalves  
Biomédico  
CRM - PA 575

Responsável Técnico: Wilton Muniz de Sá Góes - Responsável Técnico - CRM - PA 431

Out: Utilização do equipamento realizado sem a presença

00000018 1007

(1) Referência

Página 2 de 3

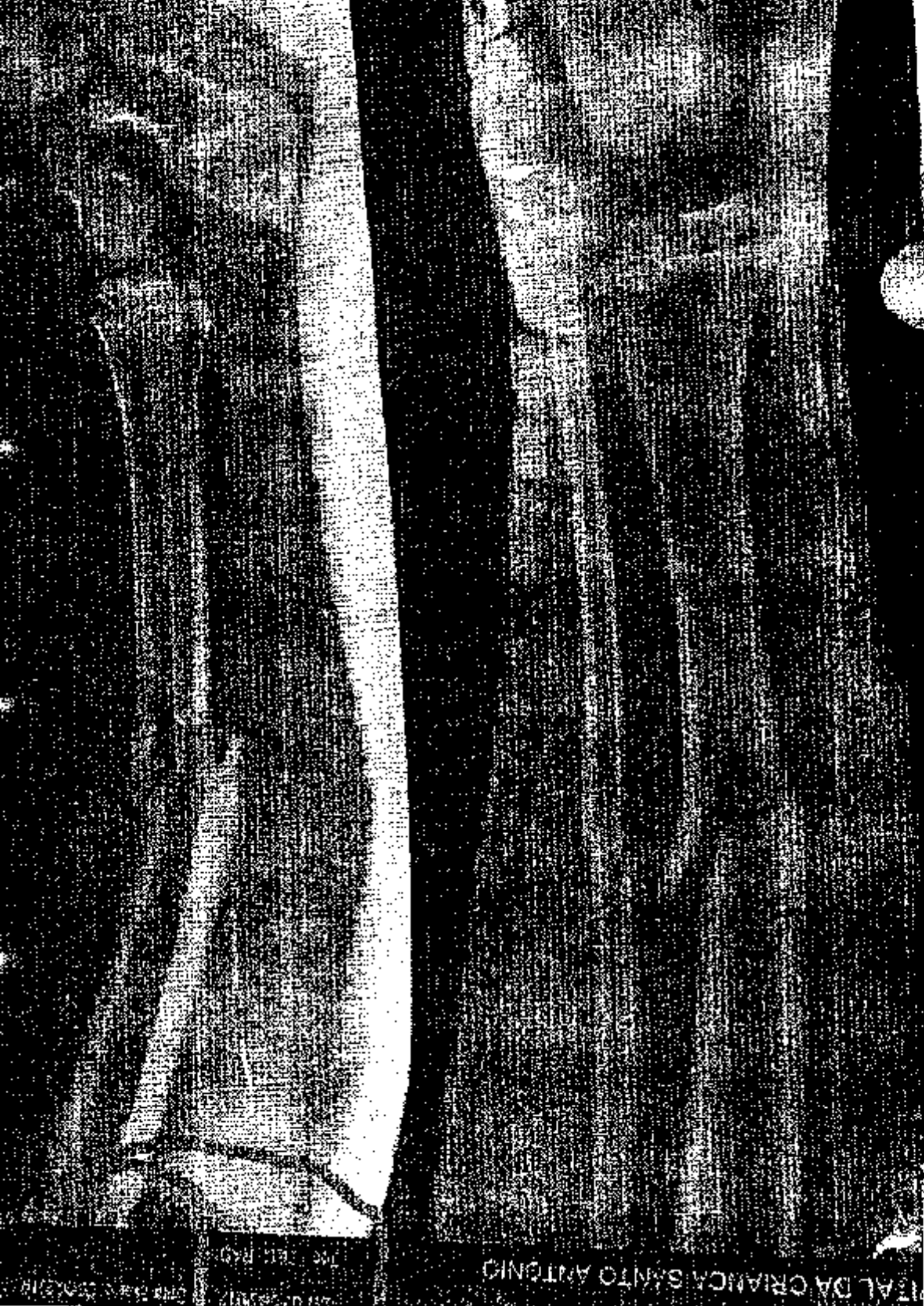
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO

CRUZEIRO - BRASILIA - D.F.

TEL. 310.7410.

E



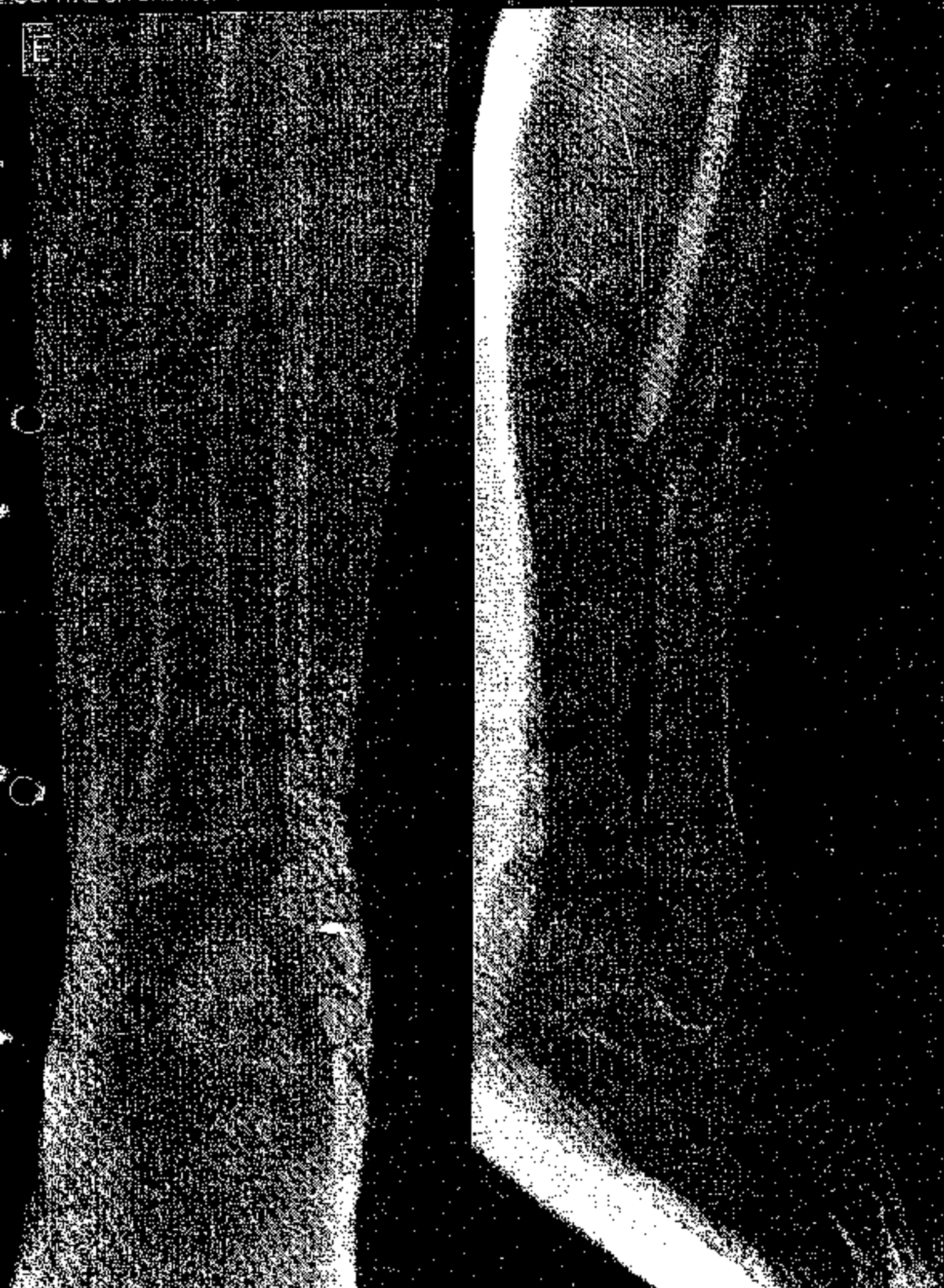


ITAL DA CRANCA SANTO ANTONIO

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY  
ASTOR LENOX TILDEN FOUNDATION  
500 5TH AVENUE NEW YORK 17, N.Y.

1111

0  
0  
0



HOSPITAL DA CRIANCA SANTO ANTONIO

Tec: MARCIO BRL



## Laudos Médicos

Gabriel Jesus Santarém, vítima de acidente automobilístico sendo atendido no Pronto Socorro de Criança, Santo Antônio, sendo diagnosticado fratura exposta de tíbia esquerda. Foi realizado tratamento conservado com tala circular por cerca de 90 dias. Após alta médica, periciando apresenta marcha claudicante à esquerda, hesitação do membro inferior esquerdo, dor e espasmos repetitivos. Refere dor a palpação durante exame clínico.

Conclusões: Periciando com sequelas funcionais permanentes de membro inferior esquerdo.

Boa Vista, 17/10/2019

  
Dr. Francisco F. Farias  
CRM: 365-RR





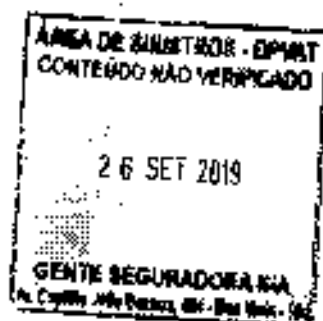
**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**



**Número**  
**073.770.772-04**

**Nome**  
**GABRIEL GOMES SANTAREM**

**Nascimento**  
**07/08/2013**



**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**3444.5F18.28D3.8591**

**Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil**  
**às 11:03:02 do dia 10/07/2018 (hora e data de Brasília)**  
**digito verificador: 00**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

DEUSDEPA JOELHO FILHO  
INTELETO, ALTA, CORTES, PESSOAS NATURAIS  
VIA DA PAZ, S. N.º 100  
RUA DE JACQUES MARY, LINDO  
RUA DE JACQUES MARY, LINDO  
RUA DE JACQUES MARY, LINDO  
RUA DE JACQUES MARY, LINDO  
BOA VISTA - RORAIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

ÁREA DE MINISTROS - DPM  
CONTINUAÇÃO DE VOTO

CERTIFICADO DE NASCIMENTO

20 SET 2010

NOME  
GABRIEL GOMES SANTAREM

INSCRIÇÃO

006757 01 35 2010 1 00 000 230040542 54

CENTRO SEGURADOR S.A.  
RUA DE JACQUES MARY, LINDO

IDENTIFICADO POR RUA DE JACQUES MARY, LINDO  
IDENTIFICADO POR RUA DE JACQUES MARY, LINDO

IDENTIFICADO POR RUA DE JACQUES MARY, LINDO

IDENTIFICADO POR RUA DE JACQUES MARY, LINDO

IDENTIFICADO POR RUA DE JACQUES MARY, LINDO

IDENTIFICADO POR RUA DE JACQUES MARY, LINDO

FRANCIET DE SOUZA SANTAREM - VALERIA GOMES SANTAREM

FRANCIET DE SOUZA SANTAREM - VALERIA GOMES SANTAREM  
FRANCIET DE SOUZA SANTAREM - VALERIA GOMES SANTAREM  
FRANCIET DE SOUZA SANTAREM - VALERIA GOMES SANTAREM

FRANCIET DE SOUZA SANTAREM - VALERIA GOMES SANTAREM

FRANCIET DE SOUZA SANTAREM - VALERIA GOMES SANTAREM

FRANCIET DE SOUZA SANTAREM - VALERIA GOMES SANTAREM

FRANCIET DE SOUZA SANTAREM - VALERIA GOMES SANTAREM

FRANCIET DE SOUZA SANTAREM - VALERIA GOMES SANTAREM

FRANCIET DE SOUZA SANTAREM - VALERIA GOMES SANTAREM

FRANCIET DE SOUZA SANTAREM - VALERIA GOMES SANTAREM

FRANCIET DE SOUZA SANTAREM - VALERIA GOMES SANTAREM

FRANCIET DE SOUZA SANTAREM - VALERIA GOMES SANTAREM

FRANCIET DE SOUZA SANTAREM - VALERIA GOMES SANTAREM

FRANCIET DE SOUZA SANTAREM - VALERIA GOMES SANTAREM



**VALÉRIA GOMES COSTA**

FILIAÇÃO.....: RAIMUNDO XAVIER COSTA FILHO  
JOELINA GOMES COSTA  
SEXO: FEMININO

NASCIMENTO.....: 09/12/1990

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: SANTA LUZIA DO PARUÁ - MA

DOCUMENTO.....: R.G. 3408124 SESP RR 05/01/2006

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 987.008.712-49

TIT. ELEITOR:

CNH:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 23/04/2010

*[Handwritten signature]*  
Mário Costa de Araújo  
Supervisor  
ANTT/RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

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



*Valéria Gomes Costa*

4290511

003-0

RR

166.52413.36-2



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
ROSANGELA NUNES MASULLO

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSORA  
208734 SESP RR

CPF  
321.801.442-53

DATA NASCIMENTO  
01/05/1972

FILIAÇÃO  
GENNARO MASULLO  
ROSARIA SERRAO NUNES

PERMISSÃO  
PERMISSÃO

ACC  
AB

CAT. HAB  
AB

1ª HABILITAÇÃO  
22/04/2014

VALIDADE  
22/04/2015

1ª REGISTRO  
06050025726

VALIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
860356320

OBSERVAÇÕES

*Rosângela Nunes Masullo*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
23/04/2014

01490231461  
RR207247390

PROIBIDO PLASTIFICAR  
860356320

DETRAN - RORAIMA

**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.**

Número do sinistro:	3190596871
Nome do(a) Examinado(a):	GABRIEL GOMES SANTAREM
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA BOA VISTA 226 NOVA CIDADE
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	073.770.772-04
Data e local do acidente:	05/06/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 31/10/2019

**Resultado da Avaliação Médica**

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

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO COM FRATURA DA TÍBIA/ FÍBULA E

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

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA, NÃO LEMBRA DATA DA ALTA

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

MIE: DISCRETA ALTERAÇÃO ANATOMICA + CLAUDICAÇÃO+ SINAIS DE ENCURTAMENTO

**IV) Nexos 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.**

MIE: COMPROMETIMENTO ANATOMO FUNCIONAL 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 trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

**Região Corporal (Sequela):** MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

% 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.**

MENOR DE IDADE (06 ANOS) VEIO ACOMPANHADO DA MÃE VALERIA GOMES COSTA, RG: 340812-4




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**

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT  
555185

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367749/19

Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM

CPF: 073.770.772-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/06/2019

Titular do CPF: GABRIEL GOMES  
SANTAREM

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

### VALERIA GOMES COSTA : 987.008.712-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### GABRIEL GOMES SANTAREM : 073.770.772-04

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: 22/10/2019  
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO  
CPF: 321.801.442-53

ROSANGELA NUNES MASULLO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190596871 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GABRIEL GOMES SANTAREM **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** APRESENTA DISCRETA ALTERAÇÃO ANATÔMICA, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 31/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECU DEFICIÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190596871 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GABRIEL GOMES SANTAREM **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** APRESENTA DISCRETA ALTERAÇÃO ANATÔMICA, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 31/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECIU DEFICIÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190596871 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GABRIEL GOMES SANTAREM **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 24/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA. PÁG 3, 23, 25 E 40

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** & 2, SEM SEQUELA PELA AMD, @ 41  
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190596871 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GABRIEL GOMES SANTAREM **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 24/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA. PÁG 3, 23, 25 E 40

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** & 2, SEM SEQUELA PELA AMD, @ 41  
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE** Nome: VALERIA GOMES COSTA

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA

Profissão: DO LAR

Identidade: 340812-4 SSP/RR CPF: 987.008.712-49

Endereço: Rua: CABOCLO MOTA Nº S/N Bairro: CENTRO Cidade: NORMANDIA UF: RR CEP: 69.340-000

**Vitima:** GABRIEL GOMES SANTAREM

CPF: 073.770.772-04 Data do sinistro: 05/06/2019

Natureza: ( ) DAMS (x) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADA

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão:

Identidade: 208.734 CPF: 321.801.442-53

Endereço: AV. Manoel Felipe, 1467/5, Asa Branca, Boa Vista/RR.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – **DPVAT**, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas e a **SUSEP**, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT.

Boa Vista / RR 16/07/19

Local e data



Valéria Gomes Costa

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367749/19

**Vítima:** GABRIEL GOMES SANTAREM

**CPF:** 073.770.772-04

**Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 05/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GABRIEL GOMES SANTAREM

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

### VALERIA GOMES COSTA : 987.008.712-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### GABRIEL GOMES SANTAREM : 073.770.772-04

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: 22/10/2019  
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO  
CPF: 321.801.442-53

ROSANGELA NUNES MASULLO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA