

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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





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

Rio de Janeiro, 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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT é de suma importância. Pode ser feita a solicitação de forma escrita ou por meio de formulário.

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,0021 - 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3905

CONTA: 00015697

3

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 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

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:

 Sim Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim Não

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPP 001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,0021 - 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3905

CONTA: 00015697

3

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 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

 Sim Não

nascer (vai nascer)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

 Sim Não

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim Não

pais/avós vivos?

 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bon Pastor/RR 18/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPP 001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

20 SET 2019



26 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Capitais: Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo - RJ

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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: Alexander 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	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALÉRIA GOMES COSTA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Santa Luzia do Ouro Preto 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
PÓLICIA 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 poderéi responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncias Caluniosas e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAVIDS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° da Shiptro ou SISL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

073.770.772-04

GABRIEL GOMES SANTAREM

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FONTE DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

VALERIA GOMES COSTA

7 - Profissão:

AUTONÔMICA

6 - Endereço:

RUA BOA VISTA

8 - CPF:

987.008.712-49

13 - Rua/Ribeira:

NOVA CIDADE

12 - Cidade:

BOA VISTA

9 - Número:

00226

10 - Complemento:

15 - Fone/Fax:

RECUSOU

11 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.316-208

16 - Iel/DOU:

9598122-7634

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCOMPÁZ 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 da lei e do crédito, residir no endereço e fornecer informações, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSOU INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00 CONTA POUPANÇA (semanal - para os bancos abaixo, assim que informado) CONTA CORRENTE (todas as contas) Bradesco (237) Itaú (945) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3905

CONTA: 00015697

3 -

AGÊNCIA:

(Número digitalizado)

(Número digitalizado)

(Número digitalizado)

(Número digitalizado)

Autorizo o Seguradora Líver a creditar na conta do beneficiário informada, se não houver crédito, o valor da taxa de cotação/desconto no Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recolhendo do meu saldo, desse já o correspondente após a efetivação do crédito, quitação total da vistoria médica.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORRINTUA DE INVALIDEZ PERMANENTE

 Declaro, sob as penas da lei, que sou proprietário (ou de alocar a Instituição Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento do laudo do Seguro DPVAT (Lei nº 6.134/74), que tenho:

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

Solicito o prazo expediente da ordem da menor (prazo de inscrição no Seguro DPVAT), em qualquer perito, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IMI, conforme já estou autorizado a atender a médica competente, caso necessário, às custas da Seguradora. Fiz para verificação da exatidão e quanto à ligação das lesões pelas respectivas consequentes ao acidente ou lesões de origem diversa.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou revisão no direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

21 - Pessoas que:

 Vítima Testemunha Família Amigos Parentais Irmãos Cônjuges Namorados Parentais Irmãos Cônjuges Namorados Parentais Irmãos Cônjuges Namorados

22 - Grau de parentesco com vítima:

23 - Vítima de:

24 - Vítima de:

25 - Vítima de:

26 - Vítima de:

27 - Vítima de:

28 - Vítima de:

29 - Vítima de:

30 - Vítima de:

31 - Vítima de:

32 - Vítima de:

33 - Vítima de:

34 - Vítima de:

Estou ciente de que a Seguradora Líver pagará, caso devidamente declarada a morte do Seguro DPVAT, os benefícios que se apresentarem e que o valor da taxa de cotação, quando constar, não é que qualquer um seja. A declaração não condutora poderá gerar a cobrança de ressarcimento de valor recebido, além da responsabilidade criminal em função do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome
36 - Endereço
37 - Telefone
38 - Celular
39 - E-mail
40 - Assinatura de quem assina o pedido (a roxo)

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a roxo)

36 - 24 - Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha39 - 25 - Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha40 - Local e Data: 20/01/2019 18/01/2019
Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beratdária (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

e-mail

celular

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



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
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
08/2019	10	07/2019	10	06/2019	10
05/2019		04/2019		03/2019	10

DESCRIÇÃO

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

ÁGUA

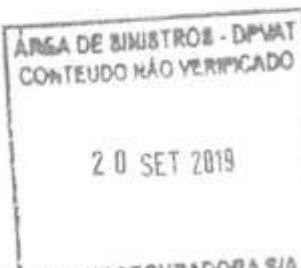
10 M3

23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE

07/2019

0,47



O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ULTIMA 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		-	-	-	-
Analisisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

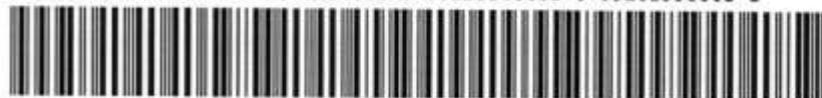
Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

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

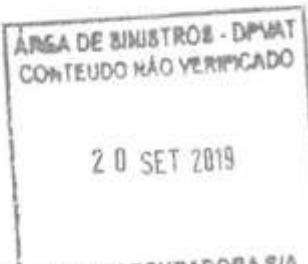
CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL. FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1		10	NAO MEDIDO	15659144
DT.LEITURA ANT.	DT.LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
08/2019	10	07/2019	10	06/2019	10
05/2019		04/2019		03/2019	10
03/2019		02/2019		01/2019	10

DESCRIÇÃO

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

AGUA	10 M3	23,83
MULTA P/IMPONTUALIDADE	07/2019	0,47



O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ULTIMA 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 - CRQ 10201809 - 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



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 Rosângela Nunes Masullo inscrito (a) no CPF 321.800.442 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermédio (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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

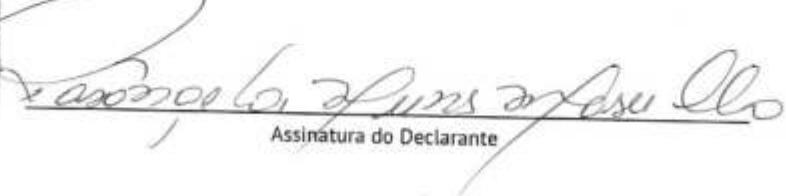
Endereço		Número	Complemento	
<u>Avº Manoel Felipe</u>		<u>1467</u>		
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
<u>ASA BRANCA</u>	<u>Boa Vista</u>	<u>RR</u>	<u>69.309-170</u>	
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>CUNAMASULLO@HOTMAIL.COM</u>		<u>(65) 98122-7634</u>		<u>98158-4307</u>

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

Boa Vista, RR, 17 de setembro de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Dantas, 404 - Boa Vista - RR

Impresso em: 02/09/2019 às 10:14 - 01 Páginas - 1a. Página
Código paciente: 68211
RedeGMR [] Enviar []



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

68211

ÁREA DE MASTROB - BEMAT
CONTROLE NÃO VENCERADO

26 SET 2019

ÁREA DE MASTROB - BEMAT
CONTROLE NÃO VENCERADO

PRONTUÁRIO

68211

Cartão do SUS:

Data Nascimento:

07/08/2012

Sexo:

M

Nome: _____

GABRIEL GOMES SANTAREM

Mãe: _____

VALERIA GOMES COSTA



BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 5/6/19 O.S.

~~Centro Cirúrgico SANT'ANA~~

20 SET 2019

Diagnóstico Pré-Operatório: ~~Fratura do osso da perna~~

Indicação Terapêutica: ~~Intervenção cirúrgica futura~~

Tipo de intervenção: ~~Cirurgia~~

~~ÁREA DE RISCOS - N/A
DENTRO DO NÃO VERIFICADO~~

Medicações e Acidentes: ~~∅~~

25 SET 2019

Cirurgião: ~~Dr. Bruno Tavares~~

~~GENTE SEGURADORA DA
INTERVENÇÃO, R 3~~

Instrumentadora:

Anestesistas: ~~ADONIAE~~

Anestesia:

Inicio: Fim: Duração:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em D.R + anestesia
- (2) Aspiração + antiséptico + campo cirúrgico
- (3) Limpeza expositiva de 10 litros de soro fisiológico da ferida + aintamento do osso da Perna

- (4) Fechamento por pontos + curativo
- (5) TALAN Iônico postural Perna
- (6) R.P.R

5/6/19

Data

Dr. Bruno Tavares - Santa
Otorrinolaringologista
RQE 5037 - CRP 173483
CRM 136 - 047

Assinatura



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

D) Sistema

HORA DA ENTRADA:	11:00	DATA:	
NOME DO PACIENTE:	Gabriel Correa Santorum	DATA NASC:	02/08/2012
SUS:		IDADE:	05
MAE:	Valéria Correa Soete	CIDADE:	BOA VISTA
ENDERECO:	Rua José Vitor, 12296		
BAIRRO:	Vila Sílvia		
TELEFONE:	(98) 4010597		
ACOMPANHANTE:	mae		
QUEIXA:			
OSERVAÇÃO:			
PESO:	120kg	TEMPERATURA:	
CLASSIFICAÇÃO:	() VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL		

Breve Histórico/Observação/Dados Clínicos:

Paciente vitora de 14 anos de idade, moto, fumador, paciente visto no centro em níveis inferiores com queixas.

Ex. Físico: Fisionomia, peso, corrente ilustrada, sinal de fundo de olho, fundo de olho, exame de fundo de olho, exame de fundo de olho.

Paciente: tipo A, atento

AC/AB: tipo A, estase 1/6

Abore: atípico

Nº: paciente com queixa fundo de olho?

PRESCRIÇÃO OB: RX Dose: 0,9-l

- ① Dipivefrin 20mg EV
- ② Tilia-tin 400mg EV
- ③ Sibutrofendina 500mg EV
- ④ Ex/Prostata

Dr. Hugo Ribeiro
União da Vitória
Hospital da Criança Santo Antônio
CHAMADA 3047

Dr. Murilo Marques
Cardiologista
Oncologista
Terapêutica
Cirurgião



Hospital da Criança Santo Antônio

CNS:



Cód. Atend: Paciente:
00179052 000006821 GABRIEL GOMES SANTANH
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"/> Acolhimento | <input type="checkbox"/> Autorização |
| <input checked="" type="checkbox"/> Especialista Qualificada | <input type="checkbox"/> Viabilização | <input type="checkbox"/> Visita Doméstica | <input type="checkbox"/> Relatório Situacional |
| <input type="checkbox"/> Contato Familiar | <input checked="" type="checkbox"/> Orientação | <input type="checkbox"/> Visita Instit. | <input type="checkbox"/> Busca Ativa |
| <input type="checkbox"/> Contato Institucional | <input type="checkbox"/> Articulação entre setores internos | <input type="checkbox"/> Conserv. do 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"/> Conta Referência | <input type="checkbox"/> Entrevista Social | <input type="checkbox"/> Palestra |
| | | <input type="checkbox"/> Agendamento | <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento |

Observações:

CF: ... vítima de atropelamento ocorrido por motocicleta, internada no Bloco F. Realizado o encaminhamento e orientações referente ao o Seguro DP... e exerce nas normas e rotinas da unidade. Preenchida a Ficha Social e o edo no prontuário.



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

VALÉRIA GÓMES COSTA

Assinatura do Responsável

Cláudiane Costa Girão
Cláudiane Costa Girão
CLÁUDIANE COSTA GIRÃO Assistente Social GRESS, 6358
Assinatura:

FICHAS DE GASTOS

KIT PUNÇÃO VENOSA

KIT NÉBULIZAÇÃO

KIT DEXTRÔ

KIT OXIGENOTERAPIA

KIT ASPIRAÇÃO

KIT SONDAGEM NASOGASTRICA

KIT SONDAGEM ENTERAL

KIT SONDAGEM VESICAL

KIT SONDAGEM SIMPLES

KIT SONDAGEM GRANDE

DIVERSOS

ÁGUA DESTILADA 10ml

SERINGA 20ml

SERINGA 10ml

SERINGA 5ml

SERINGA 0,5ml

SERINGA 1ml

EQUIPO MACROGOTAS COM INJETOR

EQUIPO MICROGOTAS COM INJETOR

GAUCHARA

GAZE (PACOTE)

ALCOOL 70%

JELCON®

MASCARA

LJVA DE PROCEDIMENTOS

GORRO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

23:30h. Paciente intubado e com extubação de rotina, ativo
coronário, apertando-se a bala de hidroclorotiazida e lá paracetamol, AP
NID, diurético (F) e antiarritmico. Sopro cardíaco de origem da parete
anterior. No desembolho, o hemocromo e fígado se alteraram. Foi realizada a fibroscopia
esofágica.

Paciente recidivado do ex agó, procedimento laringoscópico de
colocação de Tala Iguino fisiológico em RCT, risco de
obstrução respiratória e de 1 cm. Sobre C de FRC.
O bloco farinxeo cricoide → Sobre C de FRC.
referência fálico de aspiração.



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

CONTROLE SINAIS VITAIS E
CONTROLE HIDRICO - UTIP

三

Secretaria Municipal de Saúde

Nome: José Luiz Gomes Sampaio Leitura: 3
Registro:

E. ROMANCO Idade: ... Só: ... Data da Intematização: ...

PERDAS _____ CUIDADOS HABITACEL _____ ASSINATURA _____

CARIMBOS

Fazse
Gondol
Üreml
spectra
RO
PEE
PIP
FAP
Üzüge
tesap
Dexfi

S 1 A

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

THE JOURNAL OF CLIMATE

卷之三

THE JOURNAL OF CLIMATE

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

THE JOURNAL OF CLIMATE

卷之三

卷之三

Evolução de Enfermagem

Manhã:

Kit Fúngao Venoso

Kit Nebulização

Cateter nasal (oxigenoterapia)

Sondagem Nasogástrica

Sondagem Endotracheal

Sondagem Vesical de demora

Curativo Grau I

Curativo Grau II

Retirada de Dreno de Tórax

Retirada do Ponto

Lavagem Gástrica

Troca de sonda de gastrostomia

Bolsa de Colostomia (fazenda)

Bolsa de Colostomia (drenável)

Outros:

Tarde:

Troca de sonda de gastrostomia

Bolsa de Colostomia (fazenda)

Bolsa de Colostomia (drenável)

Outros:

Notas:

Recomendado para o paciente

orientar quanto ao manejo da

disponibilidade e necessidade

de uso das sondas

de acordo com as indicações

do médico

CONTROLE DE SINAIS VITAIS HÍDRICO.

 Secretaria Municipal
 de Saúde - SMSA

 PREFEITURA
 BOA VISTA

 Data: 06 / 06 / 19
 Peso:
 Diagnóstico:
COIBADOS ESPECIAIS:
 Nome: Edmílton Góes Schettino
 Registro:
 Idade: 56
 Data da internação: 05 / 06 / 19
 Bloco: E
 Leito: 13

SINAIS VITAIS
CONTROLE HÍDRICO
PERÍMETRO
ORIGÁPIOS ESPECIAIS

HORAS

Temp.

PA

IC

PR

 SpO₂

Duração

Sono

Nível

Medicinação Ex.

Medicinação NC

Hemodinâmica

Sedação

Coleta de

Feces de

Diátese

Rezes

Sérieção gástrica

Vomites

Ileost.

Sondas / Drains

Aspiração

 FiO₂

CEP

CP

FAP

Oxiômetro traqueal

Normais

PAU

Assinatura Legível

do Técnico de

Enfermagem

 </

Assalar sempre que for realizado o procedimento ou quando trazar os materiais abaixo:

Evolução de Enfermagem

Hanmer: Hard 4:45 AM. Mirror on top
ele. Course opposite, opposite, circuit
over mt. Helderback, into the valley
valley on back side. No E. Enf. Clouds
island. Many equipment. A little fir
but, so little. The mobilized, sat 9:30
out. So hard. On course, by
oite:

1018

Evolução de Enfermagem

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

Manhã:

Kit Puncão Venoso

Kit Nebulização

Cateter nasal (oxigenoterapia)

Sondagem Nasogástrica

Sondagem Vésical de alívio

Sondagem Vescical de encontro

Curativo Grau I

Retirada de Dreno de Tórax

Rastreia de Ponto

Lavagem Gástrica

Troca de sonda de gastrostomia

Bolsa de Colostomia (fechado)

Bolsa de Colostomia (descartável)

Outros:

Tarde:

Notas: Presente de infusão de Ringer Lactato e Ringer Lactato + Fato da infusão C. A. 1000 ml. HSB, troco de sonda e troca de sonda. Meio minuto todo dia.

Sessão de prevenção
EVITAR INHALAR



Santo Antônio

Hôspitaclismo

CONTROLE DE SINAIS VITais HIDRICO

Secretaria Municipal
de Saúde - SMSA



PREFEITURA
BOA VISTA

515

Datar: 13 / 05 / 19 Peso: Nome: Gabriel Ferreira Montenegro Elôso: F Leito: 12
 Diagnóstico: Q. leucocitica Registro: 50 Data da internação: 03 / 05 / 19
CUIDADOS ESPECIAIS:

SIGNALS VITALIS

Exemplos de Reconstruções:

Evolução de Enfermagem

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

Morning:	Trocada 14:00 M onar em pre-OP.	Kit Punção Venosa
	de sonda nasogástrica e enurética, curativo.	Kit Aspiração
	Com MP imobilizado, entre 01:00h e 06:00h.	Cateter nasal (oxigenoterapia)
	desde 01:00h a 06:00h.	Sondagem Nasogástrica
	15:00h Mar auxiliar de enfermagem.	Sondagem Enfermal
	16:00h Mar auxiliar de enfermagem.	Sondagem Vesical de adulto
	17:00h Mar auxiliar de enfermagem.	Sondagem Vesical de criança
	18:00h Mar auxiliar de enfermagem.	Curativo Grau I
	19:00h Mar auxiliar de enfermagem.	Curativo Grau II
	20:00h Mar auxiliar de enfermagem.	Retirada do Preto de Tórax
	21:00h Mar auxiliar de enfermagem.	Retirada do Ponto
	22:00h Mar auxiliar de enfermagem.	Lavagem Gástrica
	23:00h Mar auxiliar de enfermagem.	Troca de sonda de gastrostomia
	00:00h Mar auxiliar de enfermagem.	Bolsa de Colostomia (recháde)
	01:00h Mar auxiliar de enfermagem.	Bolsa de Colostomia (removível)
	02:00h Mar auxiliar de enfermagem.	Outros:
Noite:		



NOME: Eduardo Gomes Sintoma: sintomas IDADE: 5 anos
 PESO: 20 kg PRONTUÁRIO: HD: BLOCO: F LEITO: 13

Função: espectador de Peixe (C)

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
5/6/19	(1) Bicima oral 10ml	SND
	(2) AFP	Manten.
	(3) ceftriaxona 40 mg ev. 12/12 horas	24 12
	(4) oxacilina 660 mg ev. 4/4 horas	SC 06 10 14 18
	(5) Dipirona 96 ml ev. 6/6 horas s/n	SC 02 04 06
	(6) Isoproterenol 20 gotas 2/8 horas	MF
	(7) Onoprotetina 3mg ev. 3/8 horas qd/sa	Rotina
	(8) sennais 10grs 6/6 horas	
	(9) Tramadol 20mg i sowl (C) ev. qd/sa	

Dr. Mário Roberto
Residente
Centro de Referência
Infantil

Ao Branco F



HÓSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DH	DN	
PACIENTE	GABRIEL GOMEZ SANTAREM			
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA OSSOS DA PERNAS			
ALÉRGIAS		PESO:	20	
IDADE	6	LEITO	F13	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
DIETA ORAL PARA IDADE				S/N D
AVP				Momento
CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS				12/24
DIPIRONA 1ML EV BIS H SN				S/N
ONDANSETRÓN 1.0ML EV 8/8HRS				3/12
SSAV + CGCG 6/6 H				Notina
CURATIVO DIÁRIO				fix 8h
OXACILINA 666MG EV 4/4HRS				10/14/17/26/36

CRIANÇA NO LEITO, ESTAVEL
MANTENHO SUPORTE CLÍNICO
RISCO + FX TAB-09/06 - Línia 2, 12/09/17

D

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



**HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO**

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Praktische Methoden des Betriebswirtschaftslehre



Supervisione Municipale dei Giudici

NAME: John J. Green

ADADE:

PESO: **PRONTUARIO:**

ABERTO: MD: BLOCO: LEITO:

10

20

LEITO: ✓

HÓSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DTH

DN

PACIENTE GABRIEL GOMEZ SANTAREM

DR BRUNO F

13

MAGNÓSTICO FX EXPOSTA OSSOS DA PERNAS E

ALERGIAS

PESO

20

IDADE

5

LEITO

F13

DATA

12/06/2019

ITEM

PREScriÇÃO

HORÁRIO

DIETA ORAL PARA IDADE

5/6/9

AVP

5/6/9

AL 05

CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS

5/6/9

DIPIRONA 1ML EV 6/6H SN

5/6/9

ONDANSETRÔN 1.0ML EV 8/8HRS

5/6/9

SSVV + COGG 6/6 H

5/6/9

GERATIVO DIARIO

5/6/9

AL 06

OXACILINA 666MG EV 4/4HRS

5/6/9

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

Dr. Marcelo Marques
medico pediatra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 11878

D

SINAIS VITAIS

8 H

PA

FC

FR

12 H

18 H

24 H



Santo Antônio
Hospital da Criança

Secretaria Municipal
de Saúde - SIUS



RECEITUÁRIO

67 / 3
Bloco F

Nome: Gloria Gomes Souto Idade: 13

Endereço: _____ Sexo: F() M()

Alencar Antunes

DATA: 10/06/00

[Signature]
Assinatura e Detinção do Médico

Ay. das Górgonas nº 1685 - 13 de Setembro CEP 69000-100 Boa Vista - RR
Fone: (65) 3195-3000 Cachorro branco de São Paulo - SP
CNPJ: 06.945.630/0001-52

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	GABRIEL GOMEZ SANTAREM				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA OSSOS DA PERNAS E				
ALERGIAS					DR BRUNO F
IDADE	5	LEITO	F13	PESO	20
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
DIETA ORAL PARA IDADE:					
AVP					
CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS					
DIPIRONA 1MLEV 6/6H SN					
ONDANSETRÔN 1.0ML EV 8/8HRS					
SSVV + COGG 6/6 H					
CURATIVO DIARIO					
OXACILINA 666MG EV 4/4HRS					

CRIANÇA NO LEITO, ESTAVEE
MANTENHO SUPORTE CLINICO
RISCO + EX LAB 09/06
ALTA HOSPITALAR

Dr. Odilacir Oliveira
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 14441



SINAIS VITais

6 H	PA	FC	FR			
12 H						
18 H						
24 H						



DATA/HORA	EVOLUÇÃO
10/06/19	Capa Papel Gomes SANTAREM, Sa
	Ps. cohdaia (manita)
	Atendimento a genitivo
	que encarna habitação
	apresentava ansiedade e situações
	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.
	Rivaldisu Barbosa Dutra Psicóloga CRP 20/453
	<i>Rivaldisu</i>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIREÇÃO DO HÓSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
PROTÓCOLO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA

1- Enfermagem confirma verbalmente com a Equipe:

- Nome do procedimento realizado. *Tratamento curativo de fratura exposta +1 L.C.*
- 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, Anestesista e Enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória do paciente.

Observação:

Assinatura : 



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

CHECKLIST QUE COMPÕE O PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA.

CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA:

- 1- Identificação do paciente: Gabriel Nunes Santos
2- Local da Cirurgia à ser feita: H I C
3- Procedimento a ser realizado: Tratamento cirúrgico de fratura do pôlo M1
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 Alérgia? () 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. Republico RZ
- Anestesista: Dr. Ademir Instrumentador:
- Enfermeiro(a): Elcio
- Técnicos de Enfermagem: Flávia - Fernanda
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 Anestesista:
- 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 Atíbio Profilático foi administrado nos últimos 60 minutos?
() SIM () NÃO
8- Exames de Imagem estão disponíveis? () SIM () NÃO

RE-MEDICAÇÃO: PRÓXIMA - DOSE = 100 JABÉU/ENQ

06/06/19

Nome:

Gabriel Gomes Santorum

P. 20 Kg

Id: 50

08/06

01:00

Prontuário:

A.	Nas	34 30 45 15 30 45 21 30 45 25 30 45
G.	2	
E.		
N.		
T.		
E.		
S.		
LÍQUIDOS VENOSOS	GF	250 ml
Un.	°C 240	
X.	38. 230	
FUSO	30. 200	200 100 50
O.	30. 190	
ANES.	34 180	
X.	32. 160	
UP.	32. 140	
D.	30 110	
TEMP.	220	
ASR.	130	
SEMP.	80	
RRRP.	80	
P.	40	
	30	
EXPONT.		
ASSIST.		
CONTRO.		
SÍMBOLOS	X ①	②

AGENTES	BOSTES/SECIRIA	ANOTADAS
Rivaroxiana 0,9% Hyperbarico 7mHg	Baganas de jia mediana Gripe 3 e agulha 24 ponto fixo respiração espontânea	desligam do aparelho, equipamentos
C.		No monitorização
D.		FC; PAN; ECG; SpO ₂
F.		#
G.		
GLICOSE		
DDCD		
SANGUE	Centro Transfusional Est. Largo, Centro de São Luis, Maracá, Belém	Reservatório S. N. N. N.
TOTAL OPERATÓRIO	TEMPO DE ANESTESIA	
ANESTESISTAS	Dr. Adonias COELHURGISTAS	União-Equador-Bolívia-Suriname República do Brasil-Venezuela- PERDA SANGUÍNEA
	Dr. Bassane F.	Brasil-Argentina-España



BOLETIM OPERATORIO

Rubens Lopes Ferreira

DATA: 11/10/19 O.S. _____

Diagnóstico Pré-Operatório Fratura de ossos do punho

Ação Terapêutica Medicaz intramed. e fixação placa e alambiques

Tipo de intervenção Fixação de fratura pelo placa e alambiques

Medicações e Acidentes P

Cirurgião Dr. Wellington 1º Auxiliar D. Anderson R.

Instrumentadora

Anestesistas DR. DILSON SOARES - DPOF

Anestesia ANESTESIA VERIFICADO

Inicio _____ Fim _____ Duração _____

26 SET 2019

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em U.O. e ABG normais
- 2) Apego e intubação
- 3) Placa e alambiques de fixar os ossos do punho
- 4) Colocar os fios de ferro - procedimento

ÁREA DE SINISTROS - BIPAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

GRUPO SEGUROADORA S.A.
Av. Ceará, 1000 - Centro - Rio - RJ - 20030-000

Dr. Wellington Oliveira
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 107188

Assinatura

11/10/19



BOLETIM OPERATORIO

DATA: 14/06/15 O.S.

Gabriel Gomes Santarem

Diagnóstico Pré- Operatório Fratura Nas. Osso do ferro (2)
 Intervenção Redução intramedular de fratura de braço (2) +
 fixar infusão - parafusos
 tipo de intervenção
 Medicções e Acidentes

Cirurgião Dr. Jonathas 1º Auxiliar Dr. Gómez R.
 Instrumentadora
 Anestesistas
 Anestesia
 Início Fim Duração

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) paciente em P.D. e Sb mentem
- 2) aspirar e intubar
- 3) redução intramedular de ferro Nas. abrindo
- 4) colocando de fuso infusão - parafusos
- 5) RPA

Dr. Edimaci Oliveira
Médico. Realizante
Ortopedista Traumatologista
CRM: 18618

14/06/15
Data

Assinatura



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

FICHA DE MATERIAL DE
CONSUMO EM CIRURGIA



NOOME DO PACIENTE <i>Gabriel Gomes Santarem</i>	APL/LEITO	Nº PRONTUÁRIO	DATA <i>06/06/19</i>	
CIRURGIA TIPO <i>TTO cirurgico de fratura exp MEE</i>	TEMPO DE DURAÇÃO	INÍCIO <i>01:00</i>	FIM <i>01:13</i>	TÉMPO TOTAL <i>0:13</i>
EQUIPE MÉDICA				

CIRURGIÃO <i>Dr. Bruno</i>	ANESTÉSISTA <i>Dr. Ademir</i>
1º AUXILIAR: <i>Dr. Henrique</i>	INSTRUMENTADOR
2º AUXILIAR	CIRCULANTE

TIPO DE ANESTESIA	TEMPO DE DURAÇÃO
-------------------	------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATUGT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÉNIO <i>10 min</i>	
	CATUGT SIMPLES N°		1	FRASCOS SÓRIO FISIOLÓGICO % CC <i>250</i>	
	VICRYL		1	FRASCO SÓRIO FÍSICO <i>500 ml</i>	
	CATUGT			FRASCO SÓRIO GLUCOSADO % CC	
	CATUGT CROMADO N°			FRASCO SÓRIO GLICOSA % CC	
	CATUGT CROMADO N°			XYLOCAÍNA % CC <i>5%</i>	
	CATUGT ATRAUMÁTICO RETÔ			ALGODÃO	
	CATUGT ATRAUMÁTICO CURVO			JELCO	
	FIOS SEDA N°			PUPIL ALCOOL	
	FIOS DE ALGODÃO N°			POLVIDINE DESGERMANTE <i>30 ml</i>	
	MONONYLON CI AGULHA 3/0			ALCOOL 70% <i>50 ml</i>	
	MONONYLON SI AGULHA			POLVIDINE TÓPICO	
<input type="checkbox"/>	UNIDADE DE GAZE <i>pcto</i>			GLICOSE %	
	PARES DE LUVA N°		<input type="checkbox"/>	ATADURA DE CREPOM N° <i>20</i>	
	EQUIPOS P/ SÓRIO			ATADURA GESSADA N°	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			ÁGUA OXIGENADA	
	DRÉNOS N°		<input type="checkbox"/>	ALGODÃO ORTOPÉDICO N° <i>20</i>	
	SÓNDAS N°			<i>seringas 3 ml - 10 ml</i>	
1	AGULHAS <i>p/ neuroanestesia</i>		1	<i>elástico</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	COMPRESSAS <i>pcto</i>		1	<i>cateter Os</i>	
1	LÂMINAS P/ BISTURI <i>p/ 13</i>				

SOMA DOS MATERIAIS

SOMA DOS MEDICAMENTOS

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA		DÉBITAR NA C.G. DO PACIENTE	VALOR
VISTO DÓS RESPONSÁVEIS			
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA (O) CHEFE <i>Elsa</i>	MATERIAL/MEDICAMENTOS	
FUNCIONÁRIO (A)/CALCULOS	FUNCIONÁRIO(A) DO PACIENTE FEITO/LARGAMENTE	SUB-TOTAL	
		TAXA DE SALVE ANESTESIA	
		SOMA	

ATENÇÃO: ESCREVA NO VERSO SE NECESSÁRIO

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

FICHA DE MATERIAL DE
CONSUMO EM CIRURGIA



PREFEITURA
BOA VISTA

Id. 50

P. t. 20 Kg

NOME DO PACIENTE	Gabriel Gómez Fontenelle	APT/LEITO	Nº PRONTUÁRIO	DATA
CIRURGIA/TIPO	Redução Encrustada + osteotomia + ferro	TEMPO DE DURAÇÃO	INÍCIO 14.52	FIM 15.03
EQUIPE MÉDICA				TEMPO TOTAL
CIRURGÃO	Dra. Giovanna	ANESTESISTA	R. Cálio Wanderley	
1º AUXILIAR	Dra. Adimarta	INSTRUMENTADOR	Giovanna	
2º AUXILIAR	-	CIRCULANTE	Melina + Giovanna	

TIPO DE ANESTESIA	Geral: dextro (14:48)	TEMPO DE DURAÇÃO			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATUGT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÉNIO	
	CATUGT SIMPLES N°			FRASCO SORO FISIOLÓGICO % CC	2,50
	VICRYL			FRASCO SORO	
	CATUGT			FRASCO SORO GLICOSADO % CC	
	CATUGT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA % CC	
	CATUGT CROMADO N°			XYLOCAÍNA % CC	
	CATUGT ATRAUMÁTICO RETO			ALGODÃO	
	CATUGT ATRAUMÁTICO CURVO			JELCO	
	FIOS SEDA N°			PURÍ ALCOOL	
	FIOS DE ALGODÃO N°			POLVIDINE DEGERMANTE	
	MONONYLON C/ AGULHA			ALCOOL 70%	
	MONONYLON S/ AGULHA			POLVIDINE TÓRICO	
	UNIDADE DE GAZE			GLICOSA %	
	PARES DE LIMA N°			ATADURA DE CREPOM N°	
	EQUIPOS PI SORO		<input checked="" type="checkbox"/>	ATADURA GESSADA N° 15 cm	
	ROLOS DE ESPARADRAPO		<input checked="" type="checkbox"/>	ÁGUA OXIGENADA	
	DRENOS N°		<input checked="" type="checkbox"/>	ALGODÃO ORTOPÉDICO N° 10 cm	
	SONDAS N°		<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodos	
	AGULHAS			Seringa 10 ml 20	
	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) GREFE

MATERIAL/MEDICAMENTOS

FUNCIONÁRIO
AV/CÁLCULOS

FUNCIONÁRIO(A) DO PACIENTE
PETO/LANGMONT

SUB-TOTAL

TAXA DE SALVATE ANESTESIA

SOMA

ATENÇÃO: ESCREVA NO VERSO SE NECESSÁRIO

ENVIE ESTE FORMULARIO A CONTABILIDADE

SUS Sistema Único de da Saúde

LAUDO 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

Gomes Gomes Santos

6 - NÚMERO PROTÓTICO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - NOME DA MÃE

9 - NOME DO RESPONSÁVEL

10 - ENDERECO (RUA, N°, BLOCO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - CÓD. DE EGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

15 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com Febre de origem da Pneumonia.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tosse seca e curta.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRIMAS DIVISÓRIAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame fôrma + Rx

23 - SINAIS ESPECÍFICOS

Febre, tosse seca e curta.

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

de Clínica:

30 - CARACTER DA INSCRIÇÃO

Intervenção

31 - DOCUMENTO

ICMS / ICFF

32 - NÚMERO DO DOCUMENTO PROFISSIONAL DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

MAN 000 R3 DR. Bruno Oliveira

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31/01/19

34 - ASSINATURA E LUGAR DO INSTITUTO DE CONSELHO

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

35 - NÚMERO DO DOCUMENTO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

36 - NOME DO INSTITUTO DE CONSELHO

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

37 - NOME DA EMPRESA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

38 - NOME DA EMPRESA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

39 - NOME DA SEGURO-DIA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

40 - NOME DO BILHETE

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

41 - NOME DA EME

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

42 - NOME DO ORGÃO EMISOR

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

43 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

44 - NOME DO EMPRESA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

45 - NOME DO DOCUMENTO

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

46 - NÚMERO DO DOCUMENTO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

47 - NOME DO INSTITUTO DE CONSELHO

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

48 - NOME DA EMPRESA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

49 - NOME DA SEGURO-DIA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

50 - NOME DA EME

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

51 - NOME DO ORGÃO EMISOR

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

52 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

53 - NOME DO EMPRESA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

54 - NOME DA SEGURO-DIA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

55 - NOME DA EME

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

56 - NOME DO ORGÃO EMISOR

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

57 - NOME DO EMPRESA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

58 - NOME DA SEGURO-DIA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

59 - NOME DA EME

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

60 - NOME DO ORGÃO EMISOR

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

61 - NOME DO EMPRESA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

62 - NOME DA SEGURO-DIA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

63 - NOME DA EME

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

64 - NOME DO ORGÃO EMISOR

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

65 - NOME DO EMPRESA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

66 - NOME DA SEGURO-DIA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

67 - NOME DA EME

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

68 - NOME DO ORGÃO EMISOR

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

69 - NOME DO EMPRESA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

70 - NOME DA SEGURO-DIA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

71 - NOME DA EME

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

72 - NOME DO ORGÃO EMISOR

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

73 - NOME DO EMPRESA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

74 - NOME DA SEGURO-DIA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

75 - NOME DA EME

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

76 - NOME DO ORGÃO EMISOR

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

77 - NOME DO EMPRESA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

78 - NOME DA SEGURO-DIA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

79 - NOME DA EME

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

80 - NOME DO ORGÃO EMISOR

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

81 - NOME DO EMPRESA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

82 - NOME DA SEGURO-DIA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

83 - NOME DA EME

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

84 - NOME DO ORGÃO EMISOR

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

85 - NOME DO EMPRESA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

86 - NOME DA SEGURO-DIA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

87 - NOME DA EME

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

88 - NOME DO ORGÃO EMISOR

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

89 - NOME DO EMPRESA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

90 - NOME DA SEGURO-DIA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

91 - NOME DA EME

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

92 - NOME DO ORGÃO EMISOR

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

93 - NOME DO EMPRESA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

94 - NOME DA SEGURO-DIA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

95 - NOME DA EME

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

96 - NOME DO ORGÃO EMISOR

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

97 - NOME DO EMPRESA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

98 - NOME DA SEGURO-DIA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

99 - NOME DA EME

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

100 - NOME DO ORGÃO EMISOR

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

101 - NOME DO EMPRESA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

102 - NOME DA SEGURO-DIA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

103 - NOME DA EME

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

104 - NOME DO ORGÃO EMISOR

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

105 - NOME DO EMPRESA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

106 - NOME DA SEGURO-DIA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

107 - NOME DA EME

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

108 - NOME DO ORGÃO EMISOR

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

109 - NOME DO EMPRESA

MAN 000 R3

DR. Bruno Oliveira

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EOL CRISTAL

H.C.

2 - CNES

3 - CNR

4 - NOME DO ESTABELECIMENTO LADINHANTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Paciente 2. Luis Ferreira

6 - NIT/OPRA/HABITUAÇÃO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MAE

11 - Nome

12 - Nome

13 - NOME DO RESPONDEnte

14 - ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)

15 - NÚMERO FONE DE RESIDÊNCIA

16 - CÓDIGO INSTITUCIONAL

17 - CÓDIGO MUNICIPAL

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente 2. Luis Ferreira
Fazendo uso de álcool.
Desmaia de vez em quando.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Intoxicação alcoólica

22 - PRINCIPAIS REQUISITOS DE PROVAS DIAGNÓSTICA (RESUMO DOS EXAMES REALIZADOS)

Habitação familiar e regular.
Paciente 2. Luis Ferreira
fazendo uso de álcool.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - NOME DO PACIENTE

25 - OBRAIS DE REFERENCIAMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - IDNº

30 - IDPF

31 - DOCUMENTO

32 - IDNº

33 - IDPF

34 - IDNº

35 - IDPF

36 - IDNº

37 - IDPF

38 - IDNº

39 - IDPF

40 - IDNº

41 - IDPF

42 - IDNº

43 - IDPF

44 - IDNº

45 - IDPF

46 - IDNº

47 - IDPF

48 - IDNº

49 - IDPF

50 - IDNº

51 - IDPF

52 - IDNº

53 - IDPF

54 - IDNº

55 - IDPF

56 - IDNº

57 - IDPF

58 - IDNº

59 - IDPF

60 - IDNº

61 - IDPF

62 - IDNº

63 - IDPF

64 - IDNº

65 - IDPF

66 - IDNº

67 - IDPF

68 - IDNº

69 - IDPF

70 - IDNº

71 - IDPF

72 - IDNº

73 - IDPF

74 - IDNº

75 - IDPF

76 - IDNº

77 - IDPF

78 - IDNº

79 - IDPF

80 - IDNº

81 - IDPF

82 - IDNº

83 - IDPF

84 - IDNº

85 - IDPF

86 - IDNº

87 - IDPF

88 - IDNº

89 - IDPF

90 - IDNº

91 - IDPF

92 - IDNº

93 - IDPF

94 - IDNº

95 - IDPF

96 - IDNº

97 - IDPF

98 - IDNº

99 - IDPF

100 - IDNº

101 - IDPF

102 - IDNº

103 - IDPF

104 - IDNº

105 - IDPF

106 - IDNº

107 - IDPF

108 - IDNº

109 - IDPF

110 - IDNº

111 - IDPF

112 - IDNº

113 - IDPF

114 - IDNº

115 - IDPF

116 - IDNº

117 - IDPF

118 - IDNº

119 - IDPF

120 - IDNº

121 - IDPF

122 - IDNº

123 - IDPF

124 - IDNº

125 - IDPF

126 - IDNº

127 - IDPF

128 - IDNº

129 - IDPF

130 - IDNº

131 - IDPF

132 - IDNº

133 - IDPF

134 - IDNº

135 - IDPF

136 - IDNº

137 - IDPF

138 - IDNº

139 - IDPF

140 - IDNº

141 - IDPF

142 - IDNº

143 - IDPF

144 - IDNº

145 - IDPF

146 - IDNº

147 - IDPF

148 - IDNº

149 - IDPF

150 - IDNº

151 - IDPF

152 - IDNº

153 - IDPF

154 - IDNº

155 - IDPF

156 - IDNº

157 - IDPF

158 - IDNº

159 - IDPF

160 - IDNº

161 - IDPF

162 - IDNº

163 - IDPF

164 - IDNº

165 - IDPF

166 - IDNº

167 - IDPF

168 - IDNº

169 - IDPF

170 - IDNº

171 - IDPF

172 - IDNº

173 - IDPF

174 - IDNº

175 - IDPF

176 - IDNº

177 - IDPF

178 - IDNº

179 - IDPF

180 - IDNº

181 - IDPF

182 - IDNº

183 - IDPF

184 - IDNº

185 - IDPF

186 - IDNº

187 - IDPF

188 - IDNº

189 - IDPF

190 - IDNº

191 - IDPF

192 - IDNº

193 - IDPF

194 - IDNº

195 - IDPF

196 - IDNº

197 - IDPF

198 - IDNº

199 - IDPF

200 - IDNº

201 - IDPF

202 - IDNº

203 - IDPF

204 - IDNº

205 - IDPF

206 - IDNº

207 - IDPF

208 - IDNº

209 - IDPF

210 - IDNº

211 - IDPF

212 - IDNº

213 - IDPF

214 - IDNº

215 - IDPF

216 - IDNº

217 - IDPF

218 - IDNº

219 - IDPF

220 - IDNº

221 - IDPF

222 - IDNº

223 - IDPF

224 - IDNº

225 - IDPF

226 - IDNº

227 - IDPF

228 - IDNº

229 - IDPF

230 - IDNº

231 - IDPF

232 - IDNº

233 - IDPF

234 - IDNº

235 - IDPF

236 - IDNº

237 - IDPF

238 - IDNº

239 - IDPF

240 - IDNº

241 - IDPF

242 - IDNº

243 - IDPF

244 - IDNº

245 - IDPF

246 - IDNº

247 - IDPF

248 - IDNº

249 - IDPF

250 - IDNº

251 - IDPF

252 - IDNº

253 - IDPF

254 - IDNº

255 - IDPF

256 - IDNº

257 - IDPF

258 - IDNº

259 - IDPF

260 - IDNº

261 - IDPF

262 - IDNº

263 - IDPF

264 - IDNº

265 - IDPF

266 - IDNº

267 - IDPF

268 - IDNº

269 - IDPF

270 - IDNº

271 - IDPF

272 - IDNº

273 - IDPF

274 - IDNº

275 - IDPF

276 - IDNº

277 - IDPF

278 - IDNº

279 - IDPF

280 - IDNº

281 - IDPF

282 - IDNº

283 - IDPF

284 - IDNº

285 - IDPF

286 - IDNº

287 - IDPF

288 - IDNº

289 - IDPF

290 - IDNº

291 - IDPF

292 - IDNº

293 - IDPF

294 - IDNº

295 - IDPF

296 - IDNº

297 - IDPF

298 - IDNº

299 - IDPF

300 - IDNº

SUS

Sistema Único de
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 - CNR

4 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Lanet Lemez Souto-maior

6 - N° DO PÓDUM / LARANJA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

A. 05/60

9 - RADIOTAG

10 - LARANJA / BRANCO / VERMELHO

11 - NOME DA MÃE

Mes: 1 Ferv: 3

12 - TELEFONE DE CONSULTA

030 4111-1111 / 4111-1111

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

030 4111-1111 / 4111-1111

15 - ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE/MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS

ÁREA DE SINTOMOS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

Dores na coluna lombossacra

Dores nas costas

*ÁREA DE SINTOMOS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO*

26 SET 2019

21 - GESTÃO DE RISCOS NA AVALIAÇÃO DA INTERNACAO

Gestão de riscos: R1 - Risco Baixo

ÁREA DE SINTOMOS - DPMAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRIMAS DIAGNÓSTICAS (RESU) (AUX DE EXAMES REALIZADOS)

23 - PRINCIPAL DIAGNÓSTICO SUS

História + Exame físico + Radiografia

24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

História clínica de dor lombar

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CÓDIGO DA CATEGORIA DA ATIVIDADE

30 - CÓDIGO DA CATEGORIA DA ATIVIDADE

31 - DOCUMENTO

32 - DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL QUE ASSINOU O LAUDO

33 - NOME DO PROFISSIONAL QUE ASSINOU O LAUDO

34 - DATA DE SOLICITAÇÃO

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

36 - NOME DO PROFISSIONAL QUE ASSINOU O LAUDO

37 - NOME DA SEGURO-RESERVA

38 - NOME DA EMPRESA

39 - CNAE DA EMPRESA

40 - CÓDIGO

41 - NÚMERO DE SEGURO-RESERVA

42 - NÚMERO DE SEGURO-RESERVA

43 - NOME DA EMPRESA

44 - CNAE DA EMPRESA

45 - CÓDIGO

46 - NOME DA EMPRESA

47 - CNAE DA EMPRESA

48 - CÓDIGO

49 - NOME DA EMPRESA

50 - CNAE DA EMPRESA

51 - CÓDIGO

52 - NOME DA EMPRESA

53 - CNAE DA EMPRESA

54 - CÓDIGO

55 - NOME DA EMPRESA

56 - CNAE DA EMPRESA

57 - CÓDIGO

58 - NOME DA EMPRESA

59 - CNAE DA EMPRESA

60 - CÓDIGO

61 - NOME DA EMPRESA

62 - CNAE DA EMPRESA

63 - CÓDIGO

64 - NOME DA EMPRESA

65 - CNAE DA EMPRESA

66 - CÓDIGO

67 - NOME DA EMPRESA

68 - CNAE DA EMPRESA

69 - CÓDIGO

70 - NOME DA EMPRESA

71 - CNAE DA EMPRESA

72 - CÓDIGO

73 - NOME DA EMPRESA

74 - CNAE DA EMPRESA

75 - CÓDIGO

76 - NOME DA EMPRESA

77 - CNAE DA EMPRESA

78 - CÓDIGO

79 - NOME DA EMPRESA

80 - CNAE DA EMPRESA

81 - CÓDIGO

82 - NOME DA EMPRESA

83 - CNAE DA EMPRESA

84 - CÓDIGO

85 - NOME DA EMPRESA

86 - CNAE DA EMPRESA

87 - CÓDIGO

88 - NOME DA EMPRESA

89 - CNAE DA EMPRESA

90 - CÓDIGO

91 - NOME DA EMPRESA

92 - CNAE DA EMPRESA

93 - CÓDIGO

94 - NOME DA EMPRESA

95 - CNAE DA EMPRESA

96 - CÓDIGO

97 - NOME DA EMPRESA

98 - CNAE DA EMPRESA

99 - CÓDIGO

100 - NOME DA EMPRESA

101 - CNAE DA EMPRESA

102 - CÓDIGO

103 - NOME DA EMPRESA

104 - CNAE DA EMPRESA

105 - CÓDIGO

106 - NOME DA EMPRESA

107 - CNAE DA EMPRESA

108 - CÓDIGO

109 - NOME DA EMPRESA

110 - CNAE DA EMPRESA

111 - CÓDIGO

112 - NOME DA EMPRESA

113 - CNAE DA EMPRESA

114 - CÓDIGO

115 - NOME DA EMPRESA

116 - CNAE DA EMPRESA

117 - CÓDIGO

118 - NOME DA EMPRESA

119 - CNAE DA EMPRESA

120 - CÓDIGO

121 - NOME DA EMPRESA

122 - CNAE DA EMPRESA

123 - CÓDIGO

124 - NOME DA EMPRESA

125 - CNAE DA EMPRESA

126 - CÓDIGO

127 - NOME DA EMPRESA

128 - CNAE DA EMPRESA

129 - CÓDIGO

130 - NOME DA EMPRESA

131 - CNAE DA EMPRESA

132 - CÓDIGO

133 - NOME DA EMPRESA

134 - CNAE DA EMPRESA

135 - CÓDIGO

136 - NOME DA EMPRESA

137 - CNAE DA EMPRESA

138 - CÓDIGO

139 - NOME DA EMPRESA

140 - CNAE DA EMPRESA

141 - CÓDIGO

142 - NOME DA EMPRESA

143 - CNAE DA EMPRESA

144 - CÓDIGO

145 - NOME DA EMPRESA

146 - CNAE DA EMPRESA

147 - CÓDIGO

148 - NOME DA EMPRESA

149 - CNAE DA EMPRESA

150 - CÓDIGO

151 - NOME DA EMPRESA

152 - CNAE DA EMPRESA

153 - CÓDIGO

154 - NOME DA EMPRESA

155 - CNAE DA EMPRESA

156 - CÓDIGO

157 - NOME DA EMPRESA

158 - CNAE DA EMPRESA

159 - CÓDIGO

160 - NOME DA EMPRESA

161 - CNAE DA EMPRESA

162 - CÓDIGO

163 - NOME DA EMPRESA

164 - CNAE DA EMPRESA

165 - CÓDIGO

166 - NOME DA EMPRESA

167 - CNAE DA EMPRESA

168 - CÓDIGO

169 - NOME DA EMPRESA

170 - CNAE DA EMPRESA

171 - CÓDIGO

172 - NOME DA EMPRESA

173 - CNAE DA EMPRESA

174 - CÓDIGO

175 - NOME DA EMPRESA

176 - CNAE DA EMPRESA

177 - CÓDIGO

178 - NOME DA EMPRESA

179 - CNAE DA EMPRESA

180 - CÓDIGO

181 - NOME DA EMPRESA

182 - CNAE DA EMPRESA

183 - CÓDIGO

184 - NOME DA EMPRESA

185 - CNAE DA EMPRESA

186 - CÓDIGO

187 - NOME DA EMPRESA

188 - CNAE DA EMPRESA

189 - CÓDIGO

190 - NOME DA EMPRESA

191 - CNAE DA EMPRESA

192 - CÓDIGO

193 - NOME DA EMPRESA

194 - CNAE DA EMPRESA

195 - CÓDIGO

196 - NOME DA EMPRESA

197 - CNAE DA EMPRESA

198 - CÓDIGO

199 - NOME DA EMPRESA

200 - CNAE DA EMPRESA

201 - CÓDIGO

202 - NOME DA EMPRESA

203 - CNAE DA EMPRESA

204 - CÓDIGO

205 - NOME DA EMPRESA

206 - CNAE DA EMPRESA

207 - CÓDIGO

208 - NOME DA EMPRESA

209 - CNAE DA EMPRESA

210 - CÓDIGO

211 - NOME DA EMPRESA

212 - CNAE DA EMPRESA

213 - CÓDIGO

214 - NOME DA EMPRESA

215 - CNAE DA EMPRESA

216 - CÓDIGO

217 - NOME DA EMPRESA

218 - CNAE DA EMPRESA

219 - CÓDIGO

220 - NOME DA EMPRESA

221 - CNAE DA EMPRESA

222 - CÓDIGO

223 - NOME DA EMPRESA

224 - CNAE DA EMPRESA

225 - CÓDIGO

226 - NOME DA EMPRESA

227 - CNAE DA EMPRESA

228 - CÓDIGO

229 - NOME DA EMPRESA

230 - CNAE DA EMPRESA

231 - CÓDIGO

232 - NOME DA EMPRESA

233 - CNAE DA EMPRESA

234 - CÓDIGO

235 - NOME DA EMPRESA

236 - CNAE DA EMPRESA

237 - CÓDIGO

238 - NOME DA EMPRESA

239 - CNAE DA EMPRESA

240 - CÓDIGO

241 - NOME DA EMPRESA

242 - CNAE DA EMPRESA

243 - CÓDIGO

244 - NOME DA EMPRESA

245 - CNAE DA EMPRESA

246 - CÓDIGO

247 - NOME DA EMPRESA

248 - CNAE DA EMPRESA

249 - CÓDIGO

250 - NOME DA EMPRESA

251 - CNAE DA EMPRESA

252 - CÓDIGO

253 - NOME DA EMPRESA

254 - CNAE DA EMPRESA

255 - CÓDIGO

256 - NOME DA EMPRESA

257 - CNAE DA EMPRESA

258 - CÓDIGO

259 - NOME DA EMPRESA

260 - CNAE DA EMPRESA

261 - CÓDIGO

262 - NOME DA EMPRESA

263 - CNAE DA EMPRESA

264 - CÓDIGO

265 - NOME DA EMPRESA

266 - CNAE DA EMPRESA

Paciente: Gabriel Gomes Santarem

Sexo: Masculino

Nascimento: 07/08/2012

Idade: 7 ANO

Série: 36036286 Número Interno:

Solicitante: JOAQUIM LOPES JUNIOR CRM/PA 1851

Origem: ROSA

Setor: Biópsia

Leito: Leito 13

Data da Emissão: 09/08/2019-11:47

Resultado de Exame

Amostra: 360362863

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: M26 - Automatizado (n=5000)

Resultado

Referência

LEUCÓGRAMA

LEUCOCITOS

7.90 x 10³/µL

4.0 - 10.0 x 10³/µL

NEUTRÓFILOS

52.00 %

50.0 - 70.0 %

LINFOCITOS

32.00 %

20.0 - 40.0 %

MONOCITOS

2.00 %

5.0 - 12.0 %

EOSINÓFILOS

14.00 %

0.5 - 5.0 %

BASOFILOS

0.00 %

0.0 - 1.0 %

EMBÓGRAMA

ERITROCORPOS

3.61 x 10¹²/µL

4.02 - 5.52 x 10¹²/µL

HEMOSÍOSINA

9.70 g/dL

13.5 - 18.0 g/dL

HEMOTOCRÍSI

28.70 %

40.0 - 50.0 %

VCM

79.60 ug/L

87.0 - 103.0 ug/L

HCM

26.90 pg

27.0 - 34.0 pg

CHCM

33.80 g/dL

32.0 - 37.0 g/dL

RDW CV

11.70 %

11.0 - 16.0 %

RDW SD

39.30 fL

35.0 - 58.0 fL

PLAQUETÓGRAMA

PLAQUETAS

322.00 x 10³/µL

150.0 - 400.0 x 10³/µL

VPM

7.20 fL

5.5 - 12.0 fL

APF

15.40

9.0 - 17.0

PCT

0.232 %

1.00 - 2.80 %

Dr. Juliana Chaves Ferreira
Farmacêutica - Bióquímica
CRM-PA 1851

Responsible Technical: Wallace Brum Furtado Góis - Bióquímico 1st year - CRM - PA 221
Only this report is valid for the indicated patient

09/08/2019 11:47

Approved:
Page: 5/63



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital de Criança Santo Antônio
Laboratório de Análises Clínicas
Centro Médico à cuidado da sua saúde



Mês: 7 ANO

Paciente: Gabriel Gomes Santarem.

Sexo: Masculino

Nasc: 07/08/2012

Solicitação: 30036300

Número Interno:

Solicitante: ODINASCHIUDUCHURAU-OKEVIRI CRM-RR 1861

Origem: HOSA

Bairro: Bloco F

Lote: L6/02 18*

Data de Emissão: 08/09/2019 13:26

Recebimento:

Resultado do Exame

Amostra: 3003630001

DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE

Materiais: OBSERVACIONAL

Resultado:

Referência:

Método/Progl: M35 - Tempo De Duke

1'45'' Min

3,0 - 4,0 Min

TEMPO DE SANGRIA

Materiais: SANGUE TOTAL

Resultado:

Referência:

Método/Progl: M38 - Lee-Wille

4'00'' Min

4,0 - 10,0 Min

DETERMINAÇÃO DO COAGULADO

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

GENTE SEGURADORA SA
Av. das Guinebas, 1645 - 12º andar - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

GENTE SEGURADORA SA
Av. das Guinebas, 1645 - 12º andar - Boa Vista - RR

Dra. Juliana Cristina Falcão
Farmacêutica - Bióquímica
CRM-RR 067

Responsável Técnico: Dra. Juliana Cristina Falcão - Responsável Técnico - CRM-RR 067

CNPJ: 23.523.000/0001-00

01/09/2019 13:31
01/09/2019 13:31

Avenida das Guinebas, 1645 - 12º andar Setor Boa Vista - RR - CEP: 69050-230
Fone: (55) 2288-9000 - Email: labaros@outlook.com.br



Santo Antônio
Hospital de Bem-Estar

Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal da Saúde
Hospital da Criança Santo Antônio
Laboratório de Análises Clínicas
"Meu número é o número da saúde das pessoas"



Paciente: Gabriel Gomes Santarini

Solicitação: 300262850 Número do atendimento:

Origem: HOSA

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

Sexo: Masculino

Nascimento: 07/08/2012

Idade: 7 ANO

Solicitante: ODINACHI UROCHAKWAU OKEMIRI GRM-RR 1851

Setor: Bloco F

Leito: Leito 13

Recabimento:

Resultado da Exame

Amostra: 3002628501

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Metodologia: M31 - Indeterminado

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado

Referência

14,0 seg

10,0 - 14,0 seg

TIN

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 ensaios de coagulograma e por esse motivo não pode garantir a coleta pré-enrolada.

Amostras colhidas sob circunstância desfavoráveis não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.



ÁREA DE REGISTROS - DINAT
CONTROLE NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

ÁREA DE SINISTROS - DINAT

CONTROLE NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Rua Capitão José Soárez, 44 - Centro - RR

GENTE SEGURADORA S/A
Rua Capitão José Soárez, 44 - Centro - RR

Dra. Júlia Rita Cristina Ferreira
Farmacêutica - Bioquímica
CRF - RR: 027

Responsável Técnico: Wilson Nunes Furtado Góis - Responsável Técnico - CRF - RR: 21

Obs: Documento de resultado não é válido

04/06/2019 10:01

(*) Releido
Página 1 de 3

Paciente: Gabriel Gomes Santarem

Solicitação: 30036295 Número Interno:

Origem: HCSA

Data de Emissão: 07/08/2012 11:47

Sexo: Masculino

Nasc: 07/08/2012

(Idade: 1 ANO)

Solicitação: COINACHI UDOCHI KAWI OKEMIRI CRM-RR 1861

Setor: Sico/P

Leito: Leito 13

Recebimento:

Resultado de Exame

Anexo(s): 3003629502

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Monita Alcalino
CLÍINICA

Resultado

0,59 mg/dL

Referência

0,7 - 1,4 mg/dL

Notas

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

DOSAGEM DE GLICOSE

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxídase)
GLICOSE SABAL

Resultado

100,31 mg/dL

Referência

60,0 - 99,0 mg/dL

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético UV (urase)
URÉIA

Resultado

21,87 mg/dL

Referência

16,0 - 40,0 mg/dL

ÁREA DE MINISTROS - DMAT
CORTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

CENTRO SEGURADORAS SA
Av. Getúlio Vargas, 101 - Centro - RR
ÁREA DE SISTEMAS - ISAT
CORTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

CENTRO SEGURADORAS SA
Av. Getúlio Vargas, 101 - Centro - RR

 Dr. Alenir Andrade Coimbra
 Biomédica
 CRM - PA 575

 Regulamentador: Weston Francisco Gómez - Responsável: Técnicos - CRM-RR 421
 Data Usuário do sistema: 08/09/2019

Página 2 de 3

HOSPITAL DA ORGANICA SANTO ANTONIO

OK C/CS 2012 - Fase 3 de 30 de 2012

Text 360 Radio



ESCALADA CRIANÇA SANTO ANTONIO

www.escaladacriancasantantonio.com.br

OMPL GOMES

HOSPITAL DA CRIANCA SANTO ANTONIO

185.

TERNA AP

34 / 78

GABRIEL GOMES

HOSPITAL DA CRIANCA SANTO ANTONIO

DATA EXAME: 04/08/2012

Tec : TEC. RADICI.



HOSPITAL DA CRIANCA SANTO ANTONIO

Tec: MARCIO ERL



Laudo Médico

Gabriel Jesus Santarém, vítima de acidente automobilístico sendo atendido no Pronto Socorro de Criança, Santo Antônio, sendo diagnosticado órfate exposte da tibia esquerda. Foi realizado tratamento conservador com brase cirúrgico por cerca de 90 dias. Apesar disso, persistindo o queixoso aparente marcha claudicante à esquerda, enuretismo do membro inferior esquerdo, dor e espasmos repetitivos. Refere dor e palpore durante esforços físicos.

Conclusões: Persistindo esse sequela operacional permanente do membro inferior esquerdo,

Boa Vista, 27/10/2019

Dr. Francisco F. Ferreira
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**

**ÁREA DE SABERIA - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

26 SET 2019

GENTE SEGURODORA S.A.

**CÓDIGO DE CONTROLE
3444.SF19.28D3.8591**

**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

DEUS DÊTE MELHOR FIM
MELHOR FIM DESSAS MUNICÍPIOS
- Vila da Juventude, Funchal,
- São Pedro da Cova da Piedade
- São Vicente, Ilha da Madeira
- Vila do Conde, Ilha de São Miguel
- Vila Franca do Campo
- Vila do Conde - Vila Franca do Campo

**THE REPUBLICAN FEDERATION OF THE UNITED STATES
IN WHICH THE CIVIL, POLITICAL AND SOCIAL RIGHTS**

**ANEXO DE BÁNCHEROS - SPART
ANEXO JUDICIAL DE BÁNCHEROS**

20 SET 2010

GONÇALO GOMES SANTAREM

卷之三

www.zhihu.com/question/20131019/239046527

GENE SCHAFFNER

THE BOSTONIAN SOCIETY FOR THE HISTORY OF MASSACHUSETTS

1993-1994 学年第一学期

100% COTTON SAN JUAN VALLEJO CALIFORNIA

卷之三

卷之三

27. *Leucosia* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma*

1. *W. E. B. DuBois, The Negro Problem and Negro Education* (New York: Holt, 1918).

19. *Leucosia* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma*

1996-1997
Yearbook

卷之三

卷之三 96 SST-7004

10. The following table shows the number of hours worked by each employee in a company.

institui
e interne
nº 54
é o dire
que que

Stel

do con

o recon

listica

Cão d

Preverde

o segun

Tempo d



VALÉRIA GOMES COSTA

FILIAÇÃO.....: RAIMUNDO XAVIER COSTA FILHO

JOELINA GOMES COSTA

NASCIMENTO....: 09/12/1990

SEXO: FEMININO

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

CNH:

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Ceará Júlio Dantas, 400 - São Mateus - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Afonso Braga, 400 - São Mateus - RR



4290511

003-0

RR

Valéria Gomes Costa

166.524.13.36-2

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENESEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

GENESEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENESEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

GENESEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

860356320

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIÊNCIAS,
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ROSANGELA NUNES MASULLO

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF: 208734 SESP RR

CPF: 321.801.442-53 DATA NASCIMENTO: 01/05/1972

PLACAR: GENNARO MASULLO

ROSAIRIA SERRAO NUNES

PERMISSÃO: PERMISSÃO: ACC CAT HAB: AB

NP REGISTRO: 06050025726 VALIDEZ: 22/04/2015 1ª HABILITAÇÃO: 22/04/2014

DESCRIÇÃO:

Rosangela Nunes Masullo

ASSINATURA DO PORTADOR:

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO: 23/04/2014

Assinatura: Edmílson Guterres Santos
DIRETOR - Presidente
DETTRAN RR

01490231461
RR207247390

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO
DETTRAN - RR / RORAIMA

PRATICADO PLASTIFICAR

**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 GESELLADA, 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) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

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

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 transito 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 médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROSANGELA NUNES MASULLO

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

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO COM IMOBILIZAÇÃO GESSIONADA. 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, PERMANECEU 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

Valorização 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

Valorização 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

26 SET 2019

PROCURAÇÃO PARTICULAR

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

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

Vítima: 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)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA