

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	21/05/2014
NUMERO DO DOCUMENTO:	201429231801
VALOR TOTAL:	2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MYCHAELSON TIAGO RIBEIRO AULER

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250

CONTA: 000000064241

Número da Autenticação
1268EE29EF24A2AE

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014292318 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **MYCHAELSON TIAGO RIBEIRO AULER**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CC 14 nº 145 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA/RR**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 201356 - SSP**
Data local do exame: **12/05/2014 BOA VISTA/RR**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DA BASE DO 5 METACARPO DIREITO
FRATURA DA CABECA DO RADIO DIREITO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH + APARELHO GESSADO
ALTA MEDICA DEFINITIVA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITACAO NA FLEXO EXTENSAO DO COTOVELO DIREITO, LIMITACAO NA FLEXO ETENSAO DO 5 QUIRODACTILO DIREITO

IV. Segundo o 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 ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

MSD

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*).

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

RR - BOA VISTA, 12/05/2014

Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM


Julio Cezar F. de Queiroz
Médico
CRM: 2678-AM

Assinatura do perito Examinador - CRM

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

N° DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU. Michaelson Thiago Ribeiro Auler

PORTADOR(A) DO RG Nº 201.356 EXPEDIDO POR SSP/RR EM / /

CPF 737277542-20 / CNPJ - , PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DE

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Michaelson Tiago Ribeiro Auler, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:



1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser 1001 101 101

- Conta salário e/ou benefício;
 - Conta pessoa jurídica;
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
 - Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
 - Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
 - Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**

BANCO COB AGÊNCIA 0250-X (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 64241-X

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Zoa Imita - RR DATA 25/03/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Michaelson Tago Ribeiro Costa



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/03/2014 AUTO-ATENDIMENTO 18.10.33
783770985 0000

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE: MICHAELSON, LIAO R. AULER
AGENCIA: 0250-X 04.241-X

SALDO	0,00C
JUROS	0,00
DISPONIVEL	0,00C
IOF	0,00

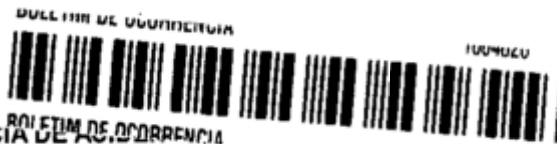
===== BOMPRATODOS =====

BB Covers. Pré-venda exclusiva com Eurocard de
18/03 ate as 18h do dia 22.03, bbcovers.com.br

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



DEPARTAMENTO
DELEGACIA DE BOA VISTA



1000000

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº: **573 / 2014** Registrado no dia: **29/01/2014** às **10:58:00**

COMUNICANTE: **MYCHAELSON TIAGO RIBEIRO AULER** CPF: 737.177.542-20
RG: 201356 O. EXPEDIDOR: SSP/RR DATA DE NASCIMENTO: 15/02/1984 SEXO: M
CNH: 04925344001 NATURALIDADE: BOA VISTA UF: RR ESTADO CIVIL: CASADO(A)
NOME DA MÃE: MARIA DAS GRAÇAS RIBEIRO AULER NOME DO PAI: LEOMAR IRINEU AULER
LOGRADOURO: RUA: CC 14 Nº: 145 BAIRRO: SENADOR HELIO CAMPOS
CIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR
GRAU DE INSTRUÇÃO: SUPERIOR PROFISSÃO: SOCIO ORIENTADOR
TELEFONE: CELULAR: 95-9114-0554

Senhor Delegado, venho a presença de Vossa Senhoria comunicar que por volta de **23:25:00**

do dia **08/12/2013** no Bairro: **SENADOR HELIO CAMPOS** à **RUA: CC14** aconteceu o seguinte fato:

RELATO

QUE CONDUZIA UMA MOTONETA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO E, QUE UM CACHORRO VEIO A CRUZAR A FRENTE DA MOTONETA E, QUE O COMUNICANTE NÃO TEVE TEMPO DE FREAR A MOTONETA VINDO A BATER (ATROPELAR) O CACHORRO E AO BATER NO CACHORRO VEIO A PERDER A DIREÇÃO DA MOTONETA VINDO A CAIR E SOFRER LESÕES CORPORAIS E, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E SENDO ENCAMINHADO AO PRONTO SOCORRO DO MUNICIPIO DE ALTO ALEGRE MAIS OU MENOS 03(TRES) DIAS APÓS O ACIDENTE E LOGO APÓS ENCAMINHADO AO PSE/HGR. É O RELATO ESTE B.O É SOMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT

INVESTPREV

15 ABR. 2014

NATUREZA DA OCORRENCIA: OUTROS APOIOS E SERVIÇOS DIVERSOS
VEICULOS ENVOLVIDOS:

Placa	Tipo	Fabricante/Modelo	Chassi	Proprietario
Veiculo 1 NAK-1719	MOTONETA	HONDA/C100 BZ	9C2HA0700YR009807	CRISTIANO ALMEIDA

OBSERVAÇÃO: O Comunicante, vítima de Lesão Corporal, terá o prazo de até 6(seis) meses para representar criminalmente contra o Autor do Fato, a contar da data do fato(PRAZO DECADENCIAL)

DIGITADOR
INSCRIÇÃO 05

MYCHAELSON TIAGO RIBEIRO AULER
Comunicante

Boa Vista - RR, 29 de Janeiro de 2014

Despacho(s) da Autoridade Policial:

- () Fato Atípico. ARQUIVE-SE;
() Aguarde-se Representação Criminal;
() Aguarde-se novos fatos...
() Intime-se o Comunicante
() TCO, pelo crime previsto no Art. _____ do CTB;
() A(o) _____, para providências;
() Sumário(s) de CNH e/ou Veículo(s) envolvido(s);
() Após PRAZO DECADENCIAL, ARQUIVE-SE.

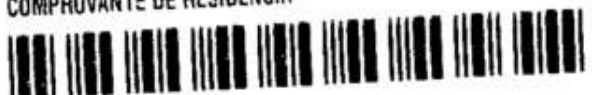
() Outras Providências:

Delegado de Polícia

Delegado de Polícia
Nº 3002907

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

100464

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIAEu, Michaelson Tiago Ribeiro EulerRG nº 201.356, data de expedição 1/1, Órgão SSP/RR

CPF nº 737.277.542-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

LOGRADOURO (Rua/Avenida/Praça):	<u>Rua: CC 14</u>
NUMERO:	<u>145</u>
APTO/ COMPLEMENTO	
BAIRRO:	<u>Senador Helio Campos</u>
CIDADE:	<u>Boa Vista</u>
ESTADO:	<u>Roraima</u>
CEP:	<u>69.318-065</u>
TELEFONE DE CONTATO:	<u>(95) 9121-0028 / (95) 9119-5353</u>
E-MAIL:	<u>36256417</u>

INVESTPREV

15 ABR. 2014

POR SER VERDADE, FIRMO-ME.

LOCAL e DATA: Boa Vista-RR, 25 de março 2014ASSINATURA DO DECLARANTE: Michaelson Tiago Ribeiro Euler



A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

BOA VISTA ENLRE
AV. ENE GARCIA, 891 - CENTRO - BOA VISTA - RR
CEP: 69.311-000

Para consulta com a
TSEE, consulte o site
www.tsee.rr.gov.br

Número N.F.
CÓDIGO ÚNICO

7.1909-9

Ref.: Mês/Ano

NOVEMBRO/2013

CEP: 69.318-065

CLIENTE: NIBIAN CRISTIANE CAETANO RIBEI
ENDEREÇO: R. CC 14 145
LOCALIDADE: SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA
CPF: 00075979547220

DADOS GERAIS

Leitura Atual:	12871	Data da Leitura Atual:	14/11/2013
Leitura Anterior:	12356	Data da Leitura Anterior:	17/10/2013
Consumo Medido:	515	Data da Próxima Leitura:	14/12/2013
Consumo Faturado:	515	Data da Emissão:	14/11/2013
Consumo de Referência:	1	Data da Apresentação:	14/11/2013
	NORMAL	Data de Consumo:	28
	5		

CARACTERÍSTICAS DA SUA UNIDADE CONSUMIDORA

Class	Subclass	Legado	Numero Medidor	Posto	Código Fel	Índice 12 Meses
RESIDENCIAL	BI		E2904817	M 1416 924	1.1.1.2	467
ROTEIRO: 007.001.28.02.352000						

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO CONSUMO	MÊS/ANO CONSUMO	MÊS/ANO CONSUMO	VCS ANO CONSUMO
OUT/13 545	SET/13 437	AGO/13 555	JUL/13 477
JUN/13 519	MAI/13 556	ABR/13 590	MAR/13 444

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 515 - 0,253805

CONSUMO 515 A R\$ 0,314609 =	162,02
DEVOLUCAO RES. 395/09 DIC - F	5,04
CORRECAO MONETARIA DA 09/13-00	0,01
CORRECAO MONETARIA IG 09/13-00	0,08
MULTA POR ATRASO DE I 09/13-00	0,31
JUROS DE MORA POR ATR 09/13-00	0,04
MULTA POR ATRASO 09/13-00	2,83
JUROS DE MORA DE IMPO 09/13-00	0,61
ILUMINACAO PUBLICA	10,61

INVESTPREV

15 ABR. 2014

Bandeiras Tarifárias: A Verde não tem acréscimo. Amarela e Vermelha tem acréscimo. Estamos com bandeira vermelha. Em 2014 haverá acréscimo de R\$ 0,00 por kWh. (Atualizado: www.eneel.gov.br).

Reservado ao Fisco 565D.3F7D.ESD9.828D.3BD3.8D8A.549D.0F19

COMPOSIÇÃO DA FATURA		DEMONSTRATIVOS DE TRIBUTOS		Vencimento	
Distribuição	60,04	Valor de Taxa	162,02	16/12/2013	
Transmissão	61,95	Valor de ICMS	17,00		
Encargos	0,00	Valor de IPTU	27,54		
Tributos	8,75	Valor de PIS	0,66	Valor a Pagar R\$	
	31,28	Valor de COFINS	3,08	171,47	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL		
LIMITE	6,27	12,54	25,08	4,35	8,71	17,42	3,71	
REALIZADO	3,03			7,00			1,50	
CONJUNTO	DISTRITO			PERÍODO DE 09/2013			EUSD:	40,76

REAVISO DE VENCIMENTO

ÁREA DE MENSAGEM
RESERVISTA, APRESENTE-SE DE 09 A 16 DE DEZEMBRO NO QG DA 1 BRIGA DA DE INFANTARIA DE SELVA. TARIFA: REAJUSTE MEDIO -16,83 %, RES A NEEL 1.648 DE 29/10/2013.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 6 11 16 21 26

ROTEIRO: 007.001.28.02.352000

CÓDIGO ÚNICO

TOTAL A PAGAR - R\$

DN: 15.02.1984

DATA DE ENTRADA				NÚMERO DE REGISTRO
MES	ANO	HORA		
10	12	13	11:30	13

01 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME: <u>Michaelson Francisco Ribeiro Junior</u>	
IDADE: <u>29</u>	SEXO: <u>M</u>
RUA / AVENIDA: <u>3 de Julho</u>	
Nº: <u>113</u>	
COMPLEMENTO: <u></u>	
BAIRRO: <u>Centrum</u>	MUNICÍPIO: <u>RR</u>
ESTADO: <u>RR</u>	TELEFONE: <u></u>
FILIAÇÃO: <u></u>	PAI: <u></u>
	MÃE: <u></u>

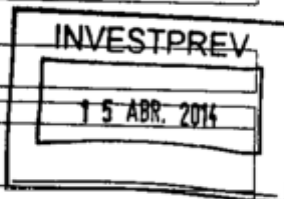
02 DO ACIDENTE
RESIDÊNCIA ☐ VIA PÚBLICA ☐ TRABALHO ☐ TRÂNSITO ☐ OUTROS ☐

03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA
TRANSPORTADO ☐ DE AMBULÂNCIA ☐ REMOVIDO ☐

04 TIPO DE ACIDENTE
TRAUMÁTICO ☐ QUEIMADURA ☐ ENVENENAMENTO ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ OUTROS (DESCREVER) ☐

05 SE ACIDENTE DO TRABALHO: ESPECIFICAR
PROFISSÃO: <u></u>
DIA: <u></u> MES: <u></u> ANO: <u></u> HORA: <u></u>
OBSERVAÇÕES: <u></u>

06 DOENÇA OCUPACIONAL
SIM ☐ NÃO ☐ QUAL (ESPECIFICAR): <u></u>



07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA
ESPECIALIDADE: <u></u>

RESUMO CLÍNICO
<u>2 por no 30 minutos (HA: 29.15) com de</u> <u>um só lado, batida em um cotovelo</u> <u>com dor e edema.</u>

EXAME FÍSICO
<u>11</u> <u>25</u>

EXAME COMPLETO
<u>Amador Amorim</u> <u>Arildo de Azevedo</u> <u>Diretor Geral</u> <u>CONFERE COM ORIGINAL</u>

PARECER DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO)

DIAGNÓSTICO
PROVAVEL <u>fratura no 3º</u>

DEFINITIVO

08 DESTINO DO PACIENTE

REMOVIDO PARA

INTERNADO NO(A)

ALTA ☐ RESIDÊNCIA COM INSTRUMENTAÇÃO ☐ SE, AFASTADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS? ☐
--

DATA	RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	CARIMBO E ASSINATURA
<u>10/12/13</u>	<u></u>	<u></u>

Dr. Alcides Gentil Junior
Médico - CRM 718
CNS 201.5914 9325 0007

MÉTODOS GRÁFICOS (EGG EEG):

LABORATÓRIO:

OUTROS:

TRATAMENTO CIRÚRGICO REALIZADO:

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HOBÁRIO

OBSERVAÇÕES

I like horses 75

22:40

D. 21 p. 1/2 m. 1/2

2270

Aroldo Lucena Amorim
Diretor Geral
CONFERE COM ORIGINAL

VERDE

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



1300203672 12/12/2013 11:32:13 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA MANHA 07-13 89

Paciente **MYCHAELSON TIAGO RIBEIRO AULER** Data Nascimento **15/02/1964** Idade **49 A 9 M 26 D** CNS CPF Prontuário
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade
IDENTIDADE201356 SSP-RR 19/03/1998 M SOLTEIRO(A) PARDA BOA VISTA
Mãe **MARIA DAS GRAÇAS RIBEIRO AULER** Pai **LEOMAR TRINEU AULER**
Endereço Contatos
RUA - CC-14 - 145 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR Cel: 9591513360 ..

Class. de Risco **VERDE** Plano Convenio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento **SPA - PRONTO ATENDIMENTO** Carate do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedencia Temp. Peso Pressão
PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. Registrado por: **BARBARA PEREIRA**
120 x 80

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

SOFREU ACIDENTE DE MOTO, DOR EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO HA QUATRO DIAS

ANAMNESE DE ENTREVISTA

INVESTPREV

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

15 ABR. 2014

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

Prescrição

Apazamento

Observação

Dipirona + Dexametasona - sup. EV
Avaliação pl Ortopedia

Conduta

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

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída:

Manoela A. Nascimento
Mat. 040001580
SAÚDE/HGR

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: Família

☐ IML Anatomia Patológica

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Píacalle Tel. 242-0630

2 FEV 2014

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

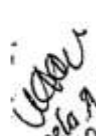
Certifico e declaro que a presente
Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital.

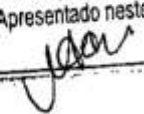
Ass: Manoela A. Nascimento

OROPKEON - lareto
há 10 dias. Questão de
costa e fôlego de V.M.T.T.,
incompleto e potesucapita
do cabeço do osso

05: Gesso axila - potesucapita
Reboam


Dr. Patr. Ezequiel José
Otorrinolaringologista
CRM-BA 1303


Manoela A. Nascimento
Mat. 040001520
SP/AB/HGR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Planalto - Tel.: 2121-0636
2 FEV 2014
Certifico que a presente
Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital.
Ass.: 



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME: MICHAEL VIN TIAGO RIBEIRO ALVES

Atestado

Atestado para os serviços fis. pelo paciente
apresentando sintomas em tratamento para
lesão de L4/L5 e L5/S1, sem presença de
sintomas neurológicos associados ao trabalho por 30
(trinta) dias a partir de hoje, a critério do médico.

Dr. Marcelo Arruda
Coordenador do Serviço de
Traumatologia e Ortopedia - HCR
CRM-RR 1243

INVESTPREV

15 ABR. 2014

26/2/13

DATA: / /

ASSINATURA E CARIMBO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME: My chaelson Tiago R. Auler

Relatório Médico

II Há 30 dias, fraturas da base de
UMTE e D e fraturas incompletas
de cabeças de ródios e Dentes com resaca
Sugere o fechamento do
trabalho a critério do paciente

12/12/14

Dr. Peter M. Auler - Jure
Crm - 12.12.14

INVESTPREV

15 ABR. 2014

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO



ATESTADO QUE Michaelson T. R. L. USUÁRIO

PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____
SÉRIE _____ NECESSITA DE 15 DIAS quinta
DE AFASTAMENTO, A PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

C.I.D. Maturo de red- d'Alfa
box do d'Alfa = 2

BOA VISTA, 12 DE 12 DE 13

15 ABR. 2014

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGO CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO PGPS APROVADO PELO DEC. Nº 60.501, DE 14/03/67 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

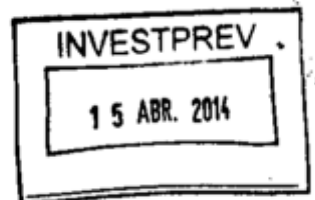
NOME: Mycheelson Traga R. Aule

USO 2

① Melocox 15g ——— 14

Tomar 02 caps a di

- HGR
- Dr. Marcel / Roraima
- 26/12/13 - 10h



12/12/13

Dr. Patr. Roraima
Carimbo e Assinatura

DATA: / /

ASSINATURA E CARIMBO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"MARATONA AUTORIZANDO O SUCESSO!"

INVESTPREV

15 ABR. 2014

GUIA DE ENCAMINHAMENTO - SADT

☐ ANÁLISES CLÍNICAS ☐ RADIOLOGIA ☐ OUTROS

PRONTUÁRIO N°

NOME DO PACIENTE

ENDEREÇO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

DATA DE NASCIMENTO

CIDADE

UF

TELEFONE

IDENTIFICAÇÃO

ÁREA OU SEGMENTO A SER EXAMINADO

EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS

ASSINATURA, CRM E CARIMBO DO MÉDICO

DATA DE EMISSÃO

UNIDADE SOLICITANTE

ENCAMINHADO PARA

AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO

ENDEREÇO

CIDADE

UF

ASSINATURA E CARIMBO

ESTA GUIA TEM VALIDADE POR 30 (TRINTA DIAS)
A PARTIR A DATA DE SUA EMISSÃO

Dr. Albio M. Góes Junior
Médico - CRM 18
CNS 2015914 8325 0877

H. G. R.

H. G. R.

Guarido em 09 (5 - encampado) 15
(16-32011)

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

*1004037



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

NOME
MICHAELSON TIAGO RIBEIRO AULER

DOC. CONTINUAÇÃO DO DOCUMENTO
201356 SSP. RR

CPF
737.177.542-70

DATA NASCIMENTO
15/02/1984

SEXO
MASCULINO

LETRAS TRIPLO AULER

MULHER DAS GRACAS

RIBEIRO AULER

PROFISSAO
ENFERMEIRO

ACE
ENFERMEIRO

CLASS
A

RECURSO
EX-04925344021

VALIDADE
11/12/2014

PRIMEIRO
22/04/2010

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
463193601

PROIBIDO PLASTIFICAR
463193601

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

INVESTPREV

15 ABR. 2014

DUT

100-4032



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR		Nº 7606472840	
CERTIFICADO DE REGISTRO E		SENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA	COD. RENAVAM	RENTERC	EXERCÍCIO
01	727629676	11	2007
NOME / END. RECO		PLACA	
CRISTIANO ALMEIDA		NAK1719	
RUA JERICO		RR 6931440B	
535 NOVA CANAÃ		81559968249	
BOA VISTA		NAK1719	
81559968249		NAK1719	
PLACANT. UNICA		RECO	
R1924106700Y6009807		NAK1719	
ESPECÍFICO		COMBUSTÍVEL	
PAS MOTONETA		GASOLINA	
MARC. / MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.	
HONDA / C100 BEZ		1997 / 2000	
CAP. / POT. / CIL.		COR. PREDOMINANTE	
002E / 0097000		PRETA	
COTA UNICA		VENC. / COTAS	
PAGO		1	
PAGO		2	
PAGO		3	
FAIXA / PVA		PARCELAMENTO / COTAS	
A		A	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		TOTAL (R\$)	
1500		1500	
SEGURO DPVAT		PAGO	
SEM RESERVA		PAGO	
DIRETOR PRESIDENTE		DIRETOR PRESIDENTE	
LOCAL		DATA	
15/02/2008		15/02/2008	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU ANIMAIS - SEGURO DPVAT	
RR Nº 7606472840	BILHETE DE SEGURO DPVAT
CRISTIANO ALMEIDA	NOME / END. RECO
RUA JERICO	PLACA
535 NOVA CANAÃ	NAK1719
BOA VISTA	RR 6931440
81559968249	NAK1719
BILHETE DE SEGURO DPVAT	RECO
RR Nº 7606472840	NAK1719
CRISTIANO ALMEIDA	NOME / END. RECO
RUA JERICO	PLACA
535 NOVA CANAÃ	NAK1719
BOA VISTA	RR 6931440
81559968249	NAK1719
COD. RENAVAM	MARCA / MODELO
727629676	HONDA / C100 BEZ
ANO FAB. / CIL. / TOR	CHASSI
1997 / 0097000	9C2HAA0700Y6009807
PREMIO TARIFARIO (R\$)	TOTAL (R\$)
1500	1500
SEGURO DPVAT	PAGO
SEM RESERVA	PAGO
DIRETOR PRESIDENTE	DIRETOR PRESIDENTE
LOCAL	DATA
15/02/2008	15/02/2008

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

INVESTPREV

15 ABR. 2014

DECLARAÇÃO DE AUSÉ

OUTROS



Eu, Michaelson Tiago Ribeiro Euler,
portador da carteira de identidade nº 201356 SSP/ER e
inscrito no CPF/MF 73727754220 e
domiciliado Rua: CC 14

Nº 145, Bairro: Senador Helio Lampert Cidade
Boa Vista, Estado Roraima CEP 69.318-065,

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:

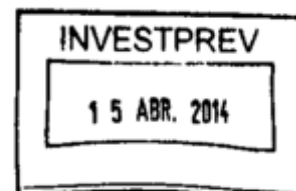
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não
realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
(x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido
realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo
pedido;

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

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

Boa Vista - RR - 25 - Março - 2014

Michaelson Tiago Ribeiro Euler
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014292318**Cidade:** Boa Vista**Natureza:** Invalidez**Vítima:** MYCHAELSON TIAGO
RIBEIRO AULER**Data do acidente:** 08/12/2013**Emissor do parecer:** Fernando
Mota
Fonseca**Seguradora:** Investprev
Seguradora S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE
MEDICINA ESPEC.EM
SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 921386

PARECER

Data da análise: 05/05/2014

Valoração do IML: 0,00

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Trauma em segmento corporal do MSD

Resultados terapêuticos: Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: Luciula Prata

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Danos não definidos.			

Valor avaliado: 0,00

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014292318	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez
Vítima: MYCHAELSON TIAGO RIBEIRO AULER	Data do acidente: 08/12/2013	Emissor do parecer: Camila Monteiro dos Santos
Seguradora: Investprev Seguradora S/A	Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	CRM do médico: 2678

PARECER

Diagnóstico:	FRATURA DA BASE DO 5 METACARPO DIREITO FRATURA DA CABEÇA DO RADIO DIREITO
Descrição do exame médico pericial:	LIMITAÇÃO NA FLEXO EXTENSÃO DO COTOVELO DIREITO, LIMITAÇÃO NA FLEXO EXTENSÃO DO 5 QUIRODACTILO DIREITO
Resultados terapêuticos:	TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH + APARELHO GESSADO ALTA MEDICA DEFINITIVA
Sequelas permanentes:	APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO
Sequelas :	Com sequela
Data da perícia:	12/05/2014
Conduta mantida:	
Observações:	
Valor pleiteado:	9.450,00
Médico avaliador:	JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ
UF do CRM do médico:	AM

DANOS

Dano	%	Dimensão	Gradação
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70	1	25

Valor avaliado: 2.362,50