PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150093238
Cidade: Boa Vista
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ELIAS RIBEIRO MOURA
Data do acidente: 27/09/2014
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2015
Valoração do IML: 0
Diagnóstico: TRAUMA EM PÉ ESQUERDO
Resultados terapêuticos: A ESCLARECER
Sequelas permanentes:
Sequelas:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: CIENTE DE SINISTRO ANTERIOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE
CRM do médico: 52.44121-9
UF do CRM do médico: RJ
Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número:	3150093238	**Cidade:**	Boa Vista	**Natureza:**	Invalidez Permanente
Vítima:	ELIAS RIBEIRO MOURA	**Data do acidente:**	27/09/2014	**Seguradora:**	MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXACAO DA TIBIA E FIBULA DISTAIS A ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: MARCHA CLAUDICANTE,RIGIDEZ ARTICULAR COM AUSENCIA DOS MOVIMENTOS DO TRONOZELO ESQUERDO + LIMITACAO MODERADA NA MOBILIDADE DO PE ESQUERDO COM LINFEDEMA IMPORTANTE DO MIE

Resultados terapêuticos: TRATADO CIRURGICAMENTE COM OSTEOSSINTESE COM FIOS DE KIRSCHNER + FIXADOR EXTERNO
ALTA MEDICA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/05/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ

CRM do médico: 2678/AM

UF do CRM do médico: AM

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 médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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: ***3150093238 - 2***
Nome do(a) Examinado(a): ***ELIAS RIBEIRO MOURA***
Endereço do(a) Examinado(a): ***RUA GRAO MESTRE CLAUDIO B ARAUJO nº 654 - EQUATORIAL - BOA VISTA/RR***
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: ***RG 133844 - SSP***
Data local do exame: ***20/05/2015 BOA VISTA/RR***

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA LUXACAO DA TIBIA E FIBULA DISTAIS A ESQUERDA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sito provocada em acidente automobilistico 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 CIRURGICAMENTE COM OSTEOSSINTESE COM FIOS DE KIRSCHNER + FIXADOR EXTERNO
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.

MARCHA CLAUDICANTE,RIGIDEZ ARTICULAR COM AUSENCIA DOS MOVIMENTOS DO TRONOZELO ESQUERDO + LIMITACAO MODERADA NA MOBILIDADE DO PE ESQUERDO COM LINFEDEMA IMPORTANTE DO MIE

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 acometico.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vitima em tratamento

Esta avaliaçaõ médica deve ser repetida em dias

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

☐ Sem sequela permanente

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

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

Região Corporal(Sequela)
MIE
☐ 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 enquaramento 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, 20/05/2015
Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM

Julio Cezar Queiroz

Julio Cezar F. de Queiroz
Médico
CRM 2678-AM

Assinatura do perito Examinador - CRM

TERMO DE COMPROMISSO – PEDIDO DE REAGENDAMENTO PERICIA MEDICA DE INVALIDEZ

À
Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT
Rio de Janeiro/RJ
Vitima: Elias Ribeiro Moura.
Sinistro Nº: 3150/098238
Data do Acidente: 27/09/2014

Tendo em vista que me considero portador(a) de invalidez permanente decorrente do acidente, solicito que seja **REAGENDADO** o meu exame, para o qual **COMPROMETO-ME A COMPARECER** na data e local que forem definidos por V.Sas.

Confirmo a seguir o endereço onde resido atualmente e meu(s) telefone(s) de contato.

Av./Rua Poente - CJ Cruviana, nº 654.
Bairro: Equatorial Cidade: Boa Vista CEP: 69.317-372
Fone(s) (95) 3624-4407 ; (95) 3224-9179 ; (95) 99154-8475
Local e Data: Boa Vista/RR, 27 DE abril DE 2015

Elias Ribeiro Moura
(Nome da vitima conforme RG)

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2015

Carta n°: 6231684

A/C: ELIAS RIBEIRO MOURA

Sinistro:	**3150093238**
Vitima:	**ELIAS RIBEIRO MOURA**
Data Acidente:	**27/09/2014**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R$ 13.500,00.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2015

Carta n°: 6321072

A/C: ELIAS RIBEIRO MOURA

Sinistro:	**3150093238**
Vítima:	**ELIAS RIBEIRO MOURA**
Data Acidente:	**27/09/2014**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

seguro DPVAT 40 ANOS

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2015

Carta n°: 7051517

A/C: ELIAS RIBEIRO MOURA

Sinistro:	**3150093238**
Vitima:	**ELIAS RIBEIRO MOURA**
Data Acidente:	**27/09/2014**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ELIAS RIBEIRO MOURA**
Valor: **R$ 4.725,00**
Banco: **104**
Agência: **000000653**
Conta: **0000038318-2**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R$	**4.725,00**
Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**4.725,00**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº 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, Elias Ribeiro Moura,
PORTADOR(A) DO RG Nº 133844 EXPEDIDO POR SSP/RR EM ___/___/___ E
CPF 447332592-04 /CNPJ ☐☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐, PROFISSÃO manutenção de piscina
E RENDA MENSAL DE R$ 724,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Elias Ribeiro Moura, 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO ________ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) ________ Nº da CONTA (com dígito, se existir) ________

X PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0653 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 038318-2

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

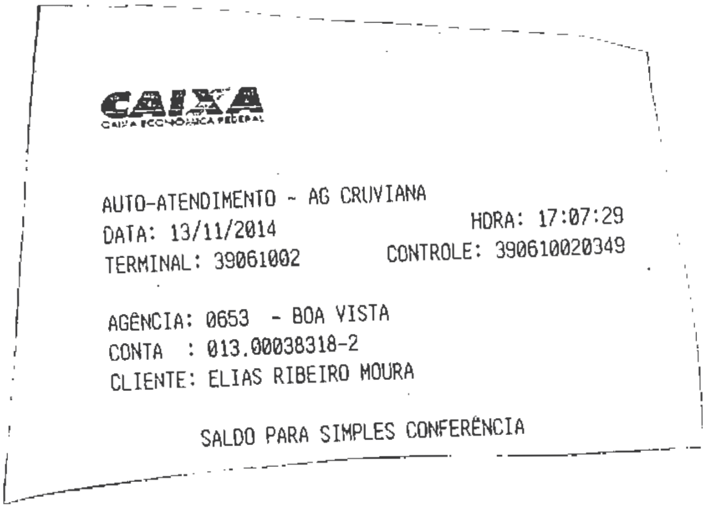
RESINTRAN
30 JAN 2015

Boa Vista RR, 23 de Janeiro de 2015
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legitimo/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.



CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG CRUVIANA
DATA: 13/11/2014 HORA: 17:07:29
TERMINAL: 39061002 CONTROLE: 390610020349

AGÊNCIA: 0653 - BOA VISTA
CONTA : 013.00038318-2
CLIENTE: ELIAS RIBEIRO MOURA

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

BOLETIM DE OCORRENCIA *1004026*

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

Central de Flagrantes

Boletim de Ocorrência nº 28213 E / 2014 **Registrado em 27/09/2014 às 20:10 horas**

Dados Gerais

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: **A TIPIFICAR**
DATA DO FATO: **27/9/2014** - HORA FATO: **12:00**
LOCAL DO FATO: **Rua Expedito Francisco da Silva (Antiga Z-4)**
BAIRRO: **Doutor Sílvio Leite**

Autoria Desconhecida

1ª Vítima

NOME: **Elias Ribeiro Moura**
PAI: **Antonio Pereira Moura**
MÃE: **Maria Ribeiro Moura**
SEXO: **Masculino** - EST. CIVIL: **União Estável** - DT NASC: **08/12/1967** IDADE: **46** anos
NATURAL DE: **Barra do Corda** - UF: **MA** - PROFISSÃO: **Manutenção de Piscinas**
DOC.IDENT.: **133844** - ÓRGÃO EXP: **SESP/Polícia Civil/RR**
END. RES.: **Rua Grão Mestre Cláudio Barbosa de Araújo , 654 , Residencial Cruviana** - BAIRRO: **Cruviana**
MUNICÍPIO: **Boa Vista/RR**
Celular: **95 9154-8475**
GRAU LESÃO: **Lesões graves** - COMPARECEU À UNIDADE POLICIAL: **Não**
RELAÇÃO DA VÍTIMA COM O AUTOR: **Sem relacionamento**

2ª Vítima

NOME: **Francileide de Sousa Oliveira**
PAI: **José Marques de Oliveira**
MÃE: **Maria das Dores de Sousa Oliveira**
SEXO: **Feminino** - EST. CIVIL: **União Estável** - DT NASC: **27/03/1984** IDADE: **30** anos
NATURAL DE: **Codó** - UF: **MA** - PROFISSÃO: **Estudante**
DOC.IDENT.: **196099** - ÓRGÃO EXP: **SESP/Polícia Civil/RR**
END. RES.: **Rua Grão Mestre Cláudio Barbosa de Araújo , 654 , Residencial Cruviana** - BAIRRO: **Cruviana**
MUNICÍPIO: **Boa Vista/RR**
Celular: **95 9157-8095**
GRAU LESÃO: **Lesões leves** - COMPARECEU À UNIDADE POLICIAL: **Sim**
RELAÇÃO DA VÍTIMA COM O AUTOR: **Sem relacionamento**

Histórico

Compareceu a esta Central de Flagrantes a Comunicante/Vítima para informar que na data de hoje trafegava juntamente com seu esposo na Motocicleta Iros/One Chassí nº 96ZNE2125BM000700, placas NAN-9492, Cor Prata pela avenida Expedito Francisco da Silva (antiga Z-4) sentido Centro/Bairro quando foram abalroados por um Veículo cuja comunicante não recorda a cor nem as placas. Tendo sofrido ferimentos na perna esquerda e seu esposo sofreu uma fratura exposta na perna esquerda. Que ao serem abalroados a comunicante caiu tendo seu esposo sido arrastado. Que o condutor do outro veículo deu ré e evadiu-se do local do acidente, tendo a motocicleta sido recolhida pela Polícia Militar (CIPTUR) para o pátio do DETRAN. Era o que tinha a comunicar.

Requisições expedidas

Requisições IML: **Sim** Instituto de Criminalística: **Não** Instituto de Identificação: **Não**

Continuação da Ocorrência Nº:

Do Dia:

PMRR - BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE J

064684

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/ini	CH/h	H/Fin
420	CIPTUR	27/09/14	Oeste	12:50	12:50	13:00	15:00

Cód. Oc	Cód. Prov	Cód. Ser. Prest	Km/Ini	Km/Fin
1001 1003	13007 13010	—	84246	81269

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Av/Rua: Rua Expedito Francisco da Silva Bairro: Dr. Silvio Leite Ref: Paraíso Mat. de Const.

PESSOAS RELACIONADAS

1 Condutor Nome: Elias Ribeiro Moura Idade: 47 E. Civil: União estável
Endereço: Rua Grão Mestre Bezerra Araújo nº 65 Equatorial
Edt. RG 133944 SSP/RR CNH não possui CNH/PPD Profissão: Pedreiro - 91578095

2 Passageiro Nome: Francileide Souza Oliveira Idade: 30 E. Civil: União estável
Endereço: Rua Grão Mestre Bezerra Araújo nº 654 - Equatorial - 9157-8095
Edt. RG 19609 SSP/RR CNH — Profissão: Assistente de aluno

3 Testemunha Nome: Jackson [illegible] Pontes Soares Idade: 28 E. Civil: solteiro
Endereço: Rua Raimundo Alves de Souza nº 1447 - [illegible] Caimbé
Edt. RG 260011 SSP/RR CNH — Profissão: [illegible]

4 Testemunha Nome: Irosimeire Morais Maia Idade: 42 E. Civil: solteira
Endereço: Rua C-29 nº 505 - Dr. Silvio Leite
Edt. RG 246[illegible] SSP/RR CNH — Profissão: Balconista

5 Envolvido Nome: Emerson [illegible] Brito Idade: 29 E. Civil: --
Endereço: [illegible] RR
Edt. RG 227050 SSP/RR CNH — Profissão: Advogado

6 Nome: Idade: - E. Civil:
Endereço:
Edt. RG CNH Profissão:

CONFERE COM O ORIGINAL
Em 09/12/14
SGT PM Viltom

ARMAS, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS, APREENDIDOS

Veículo conduzido na ocorrência [illegible]
[illegible] item ① motocicleta Honda/CG 125 Fan placa NAN 9492-RR
Danos: conforme Doc. de Remoção nº: 008565.
Veíc. do condutor não identificado: GM/Classic cor bege placas NAO 3357 RR, chassi nº [illegible] propriedade: Irani dos S. Marques, end.: Rua Marieta M. Marques 1570 - Dr. Silvio Leite

RESINTRAN
30 JAN 2015

RECEBI CONDUZIDO(S) MATERIAL(AIS) ACIMA ANOTADOS [illegible] veículos acima foram removidos ao [illegible] Houve pessoas conduzidas ou material apreendido.
[illegible] os veículos (do item) GM/Classic com [illegible] nº de remoção nº 00566

ASSINATURA: CARGO: Agente LOCAL: 4º DP

HISTÓRICO

Senhor Delegado do 4º DP, fomos acionados via CIOPS ao local sobre a uma ocorrência de trânsito com vítimas, no local conforme os itens ③ e ④, o item ① trafegava na Av. Ataíde Teive sentido centro/bairro conduzindo a Irosiane [illegible], tendo o item ② como passageira, onde um condutor não identificado conduzia um GM/Corsa Classic bege placas NAO 3357 transitava na mesma via e sentido que o item ① foi quando o item ① ligou a seta para girar à esquerda na Rua Casimiro J. da Silva, momento em que foi colhido pelo veículo GM/Classic acima, os itens ① e ② caíram ao chão, onde o item ① sofreu fratura exposta na perna esquerda e o item ② lesões leves pelo corpo, estes foram socorridos ao PSE pelo SAMU (~~[illegible]~~) o condutor do GM/Classic empreendeu fuga sem prestar socorro às vítimas, tomando rumo ignorado. Populares removeram a motocicleta do item ① levando ao interior do comércio Mat. de Construção Paraíso, onde mantemos contato com o item ④ que nos relatou que uma pessoa muito deixando

Reinaldo Farias 40370-3 1º SGT PM CIPTUR
ASSINATURA: Nº Posto/Grad SUOp

Continuação da Ocorrência Nº ...ocicleta no local. Perguntado pelo **Do Dia** 27 05 2014

proprietário [illegible] (4) se [illegible] este [illegible] nava, e autorizou a retirada do veículo [illegible] tendo em vista que estava com documentação em atraso. Foi quando chegou ao local o item (5) jogando a carteira da OAB [illegible] em cima do balcão e tratando a guarnição sem urbanidade e afirmando que não poderíamos violar o domicílio onde estava o veículo. Foi esclarecido ao item (5) que o local era aberto ao público, e que o funcionário já havia consentido a entrada no local, [illegible] ao [illegible] do proprietário e [illegible] ao pátio, porém não identificamos o veículo, onde o [illegible]

CONFERE COM O ORIGINAL
Em 09/12/14
SGT PM Vilson

ABALROAMENTO
- Longitudinal ☐
- Transversal ☐
- Capotamento ☐
- Tombamento ☐
- Outros ☐

ATROPELAMENTO (Situação da Vítima)
- Parada ☐
- Andando ☐
- Correndo ☐

COLISÃO
- Frontal ☐
- Traseira ☐

CHOQUE
- Poste ou Árvore ☐
- Muro ☐
- Casa ☐
- Veículo Parado ☐
- Traseira ☐
- Outros ☐

TIPO DE PAVIMENTO
- Terra ☐
- Areia ☐
- Paralelepípedo ☐
- Cascalho ☐
- Asfalto ☐
- Concreto ☐

CONDIÇÕES DA PISTA
- Seca ☐
- Molhada ☐
- Enlameada ☐
- Oleosa ☐
- Com Areia ☐
- Cruzamento ☐
- Curva ☐
- Reta ☐

CAUSAS PROVÁVEIS DO ACIDENTE
- Desobediência a Situação ☐
- Falta de Atenção ☐
- Imperícia ☐
- Mal Súbito ☐
- Má Visibilidade ☐
- Efeitos Alcólicos ☐
- Derrapagem ☐

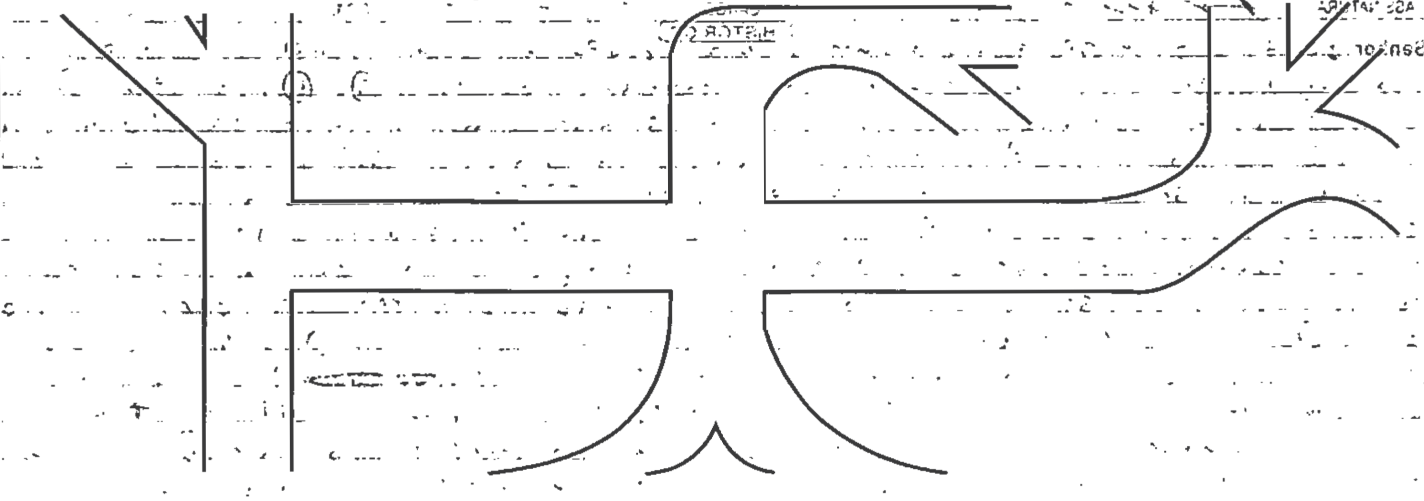
PONTO DE IMPACTO

	1	2	3	4
Frente	☐	☐	☐	☐
Atrás	☐	☐	☐	☐
Frente à Direita	☐	☐	☐	☐
Atrás à Direita	☐	☐	☐	☐
Lado Direito	☐	☐	☐	☐
Frente à Esquerda	☐	☐	☐	☐
Atrás à Esquerda	☐	☐	☐	☐
Lado Esquerdo	☐	☐	☐	☐

CARACTERÍSTICAS DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS

1 - Marca ______ Tipo ______ Placa ______ Cor ______
1 - Marca ______ Tipo ______ Placa ______ Cor ______
1 - Marca ______ Tipo ______ Placa ______ Cor ______
1 - Marca ______ Tipo ______ Placa ______ Cor ______

OBSERVAÇÕES E CROQUIS DO LOCAL



1º SGT H0370-9 Reinaldo CIPTUR

Posto/Grad ______ Nº ______ Nome de Guerra ______ SUOp ______ Assinatura ______

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Elias Ribeiro Moura,

RG nº 133844, data de expedição ___/___/___, Órgão SSP/RR,

CPF nº 447.332.592-04, 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 (~~R~~ua/Avenida/Praça)	Grão Mestre Claudio B. Araújo
Número	654
Apto / Complemento	
Bairro	Equatorial
Cidade	Boa-Vista
Estado	Roraima
CEP	69.317-372
Telefone de Contato	(95) 3624-4407/ 9157-
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Boa-Vista RR, 23/01/2015

Assinatura do Declarante:

RESINTRAN
30 JAN 2015

COMPROVANTE DE RESIDENCIA *1004040*

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
108714-2

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 000042634

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL À PAGAR (R$)
OUTUBRO/2014	01/11/2014	263	74,57

FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA
R. GRAO MESTRE CLAUDIO B ARAUJO 654 EQUATORIAL
CPF: 00095533818200
CEP: 69.317-372 - BOA VISTA
ROT: 7.001.28.07.055100

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh
Atual:	4368	
Anterior:	4105	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	263	
Consumo Faturado:	263	FCAM

DATAS DA LEITURA	
Atual:	16/10/2014
Anterior:	16/09/2014
Próxima Leitura:	16/11/2014
Emissão:	16/10/2014
Apresentação:	16/10/2014

Forma de Faturamento: NORMAL   Fator de Potência: Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESID.BX.RENDA	MONO	E2725784		1.4.1.1	257

HISTÓRICO kWh

Mês/ano	consumo
SET/14	278
AGO/14	252
JUL/14	265
JUN/14	276
MAI/14	277
ABR/14	232
MAR/14	269
FEV/14	224
JAN/14	258
DEZ/13	272

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,086650
31 A 100 - 0,148550
101 A 220 - 0,222820
221 A 263 - 0,247580

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	30 A R$ 0,106764 =	3,20
	70 A R$ 0,183033 =	12,81
	120 A R$ 0,274543 =	32,94
	43 A R$ 0,305051 =	13,11
DIFFRENCA DE TARIFA		18,16
CORRECAO MONETARIA DA 08/14-00		0,02
MULTA POR ATRASO DE I 08/14-00		0,60
JUROS DE MORA POR ATR 08/14-00		0,10
MULTA POR ATRASO 08/14-00		1,17
JUROS DE MORA DE IMPO 08/14-00		0,60
ILUMINACAO PUBLICA		10,02

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
09/2014	78,74

Unidade consumidora sujeita a suspensao do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/10/2014. O nao pagamento poderá ensejar tambem a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21

RESERVADO AO FISCO CD16.6725.CF77.910B.8845.6242.65AE.1029

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$	
Distribuição:	23,15
Energia:	23,86
Transmissão:	0,00
Encargos:	3,37
Tributos	11,68

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$	
Base de Cálculo:	62,06
Alíquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	10,55
Valor do PIS:	0,20
Valor do COFINS:	0,93

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	6,03	12,06	24,12	4,35	8,71	17,42	3,54	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Conjunto DISTRITO   Período de apuração: 08/2014   EUSD: 20,95

ROT: 7.001.28.07.055100

Eletrobras
Distribuição Roraima
Eletrobras Distribuiçao Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R$
108714-2	74,57
MÊS FATURADO	**VENCIMENTO**
10/2014	01/11/2014

Nº da Nota Fiscal: 000042634 FCAM

83600000000 7 74570075000 3 00000000108 1 71421014008 9

DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR *1004

SECRETARIA DE ESTADA DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Eletivo

CHECKLIST DA CAMPANHA DE CIRURGIA SEGURA - OMS

Antes da Indução Anestésica

☐ Confirmação sobre o paciente
☐ Identificação do Paciente
☐ Local da cirurgia a ser feita
☐ Procedimento a ser realizado
☐ Consentimento informado realizado
☐ Sítio cirúrgico do lado correto/ou não se aplica
☐ Checagem do equipamento anestésico OK
☐ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?
☐ Não
☐ Sim ______________________

Há risco de via aérea difícil/broncoaspiração?
☐ Não
☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea>500ml 7ml/kg em crianças)?
☐ Não
☐ Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição.

Antes de Iniciar a Cirurgia

☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões.

☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam.

☐ Identificação do Paciente
☐ Local da cirurgia a ser feita
☐ Procedimento a ser realizado
☐ Consentimento informado realizado

Antecipação de eventos críticos:
☐ Revisão do cirurgião: há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?
☐ Revisão do anestesista: há alguma preocupação em relação ao paciente?
☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização instrumental cirúrgico? Há alguma preocupação em relação aos equipamentos?
O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?
☐ Sim
☐ Não se aplica
Exames de imagem estão disponíveis?
☐ Sim
☐ Não se aplica

Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

☒ Nome do procedimento realizado

☒ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)

☐ Biópsias estão identificadas e com o nome do paciente

☒ Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido

☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós anestésicas e pós-operatória desse paciente

RESINTRAN
30 JAN 2015

Paciente: Elias Ribeiro Moura, 46 anos
Procedimento: Limpeza cirúrgica pé Esquerdo
27/10/2014

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE:
2 - CNES:
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE:
4 - CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Elias Ribeiro
6 - Nº DO PRONTUÁRIO:
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
8 - DATA DE NASCIMENTO: / /
9 - SEXO:
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL:
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD Nº DO TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:
15 - UF:
16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Operado há 1 mês apresenta [illegible] [illegible] - [illegible] e Pé E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: [illegible]

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Fratura Pé - [illegible] [illegible]
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
28 - DOCUMENTO: ( ) CNS [✓ ( ) CPF]
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 870[illegible]
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Carlos Enrique La Rosa Rodriguez Ortopedia - Traumatologia CRM-RR 463
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Carlos Enrique La Rosa Rodriguez Ortopedia - Traumatologia CRM-RR 463

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

RESINTRAN
30 JAN 2015

SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE [illegible]

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO / /

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO — DDD — Nº DO TELEFONE

12- ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

[illegible]

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

[illegible]

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

[illegible]

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO [illegible]

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23-CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO ( ) CNS [✓ CPF]

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE [illegible]

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /

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

Carlos Enrique La Rosa Rodriguez
Ortopedia - Traumatologia
CRM-RR 463

Carlos Enrique La Rosa Rodriguez
Ortopedia - Traumatologia
CRM-RR 463

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

RESINTRAN
30 JAN 2015

45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /

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

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE 46	APTº OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Elias Ribeiro Moura	216-03	675800	27.01.15

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
Limpeza Cirúrgica de Esquerdo	14:20	14:35	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Dr Bruno	ANESTESISTA	Dr Thiago / Res Ademir
1º AUXILIAR	Res Elias	INSTRUMENTADOR	
AUXILIAR	Res Ivan	CIRCULANTE	[illegible] / [illegible]
TIPO DE ANESTESIA	Sedação	TEMPO DE DURAÇÃO	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATGUT SIMPLES Nº			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATGUT SIMPLES Nº			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc	
	CATGUT SIMPLES Nº			FRASCO SORO	
	CATGUT Nº			FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
	CATGUT CROMADO Nº			FRASCO SORO GLICOSA %cc	
	CATGUT CROMADO Nº			XILOCAÍNA %cc	
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FLAXEDIL Seringa [illegible]	
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTHANE [illegible]	
	FIOS DE SEDA Nº			PENTRANE	
	FIOS DE ALGODÃO Nº			ENTRANE [illegible]	
	MONONYLON COM AGULHA			ÉTER	
	MONONYLON SEM AGULHA			ATROPINA [illegible] 30 cm	
	UNIDADES DE GAZE			PROSTGMÍNE	
	PARES DE LUVAS Nº 7.0 e 7.5			THIONEMBUTA Eletrodos	
	EQUIPOS PARA SORO macro			MARCAÍNA	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			INOVAL	
	DRENOS Nº			GLICOSE %	
	SONDAS Nº			ÁGUA OXIGENADA	
	AGULHAS			MERTHIOLATE	
	COMPRESSAS P.t. 3 unid			MERCÚRIO CROMO	
	LÂMINAS PARA BISTURI 15, 24				
	SOMA			SOMA	

RESINTRAN
30 JAN 2015

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

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE/SETOR:
QUARTO
LEITO
Nº DO REGISTRO
NOME DO PACIENTE: Elves Ribeiro
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
20/10/14			
	① Dieta livre	SNO.	13 hs
	② Acesso Venoso		PA: 134/81
		OK.	FC: 90
	③ Ciprofloxacino 400 mg 12/12 EV	~~16~~ 04	
	④ Oxacilina 2 gr 4/4h EV	~~16 20 24~~ 04 08 12	
	⑤ Dipirona 2 ml 6/6 EV	~~18 24~~ 06 12	
	⑥ Tilatil 20 mg 12/12 EV	⑱ NCP 06	
	⑦ Curativo	– feito ok	
	⑧ CSV		
		14:20 morfina 5ml	

Carlos Enrique La Rosa Rodriguez
Ortopedia - Traumatologia
CRM-RR 453

RESINTRAN
30 JAN 2015

Prescrição Médica Traumatologia e Ortopedia

Paciente: Elias Ribeiro

Leito: Data: 21/10/14

H.D. Staff:

Medicação	Horário
1) Dieta oral livre	S.N.D.
2) Soro fisiológico 0,9% 1000ml (24hrs)	06-18
3) Cefalotina 1g 1 amp.ev 6/6h	06-1[illegible] ~~18~~ 24
4) Tilatil 20mg 1amp ev 12/12h ou 1 comp vo 20mg 12/12h	NT
5) Omeprazol 40mg 1 amp.ev pela manhã	06
6) Plasil 10mg 1 amp ev 8/8h (S/N)	SN
7) Dipirona 500mg/ml - 2ml ev 6/6h	S/N SN 99
8) Tramadol 100mg + SFO,9% 100ml ev 8/8h	S/N SN 10
9) Captopril 25mg 1 cp vo 8/8h se PA>160x100mmhg	ATENÇÃO
10) Sinais Vitais 6/6h	ROTINA
11) Curativo diário	ROTINA
12- Oxacilina 1g EV 4/4H	06-10-14-18
13- Ciprofloxacino 400 mg EV 12/12H	06-1[illegible]
AO BLOCO	18h PA = 139/93
	P = 100

Dr. Fábio Ferreira de Lima
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1553

SINAIS VITAIS 6/6hrs	
Pressão arterial	121 x 84
Frequência cardíaca	82
Temperatura	
Frequência respiratória	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PRESCRIÇÃO MÉDICA TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PACIENTE: Eldes Ribeiro LEITO:

MÉDICOS RESPONSÁVEIS:

DIAGNÓSTICO: DATA: 22/10/14

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	[illegible]	
2	[illegible]	~~18~~ 20
3	[illegible]	[illegible]
4	[illegible] 1amp EV 12/12h [illegible] 30min de [illegible]	14 20 22 ~~16~~
5	[illegible]	[illegible]
6	[illegible] 10 mg EV 8/8h [illegible]	[illegible]
7	[illegible]	SN ○ ○ ○ ○ ~~16~~
8	[illegible]	SN ○ ○ ○
9	[illegible]	
10	[illegible]	
11	[illegible]	
12	[illegible]	
13	Oxacilina 2g EV 4/4H	12 14 16 [illegible]
14	Ciprofloxacino 400 mg EV 12/12H	20 08

	GLICEMIA	INSULINA REGULAR
	[illegible]	[illegible]

	[illegible]	[illegible]
12:00		
18:00		
24:00		
06:00		

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: AO BLOCO

Dr. Fábio Ferreira de Lima
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1553

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	Pulso	R. (rpm)	T. (°C)
12:00	121x82	78		
18:00	115x73	102		
24:00				
06:00	120/86	105		

HOSP
ORT

PACIE Elias Ribeiro GT

MÉDIC

DIAGN 24 10 14

ITEM
1
2 ~~18~~ 06
3 ~~12~~ ~~18~~ ~~24~~ 06
4 ~~10~~ 22
5 06
6
7 S/N ○ ○ ○ ○
8 S/N ○ ○ ○
9
10
11
12
13 Oxacilina 2g EV 4/4 h ~~10~~ ~~14~~ ~~18~~ 22 02 06
14 Ciprofloxacina 400 mg EV 12/12h ~~20~~ 08

Pct c/ cirurgia programada p/ 2ª feira 27/[illegible]
Favor transferir p/ bloco

Dr. Fábio Ferreira de Lima
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1553

12:00
18:00
24:00
06:00

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA – PRESCRIÇÃO MÉDICA TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PACIENTE: Elias Ribeiro. LEITO: ____

MÉDICOS RESPONSÁVEIS: ____

DIAGNÓSTICO: ____ DATA: 25/10/14

Nº	DESCRIÇÃO	HORARIO
1	Dieta oral livre	SND
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	~~12 – 24~~
3	Cefalotina 1g 1amp EV 6/6h	~~12 – 18 – 24~~ – 06
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	~~10 – 22~~
5	Omeprazol 40 mg – 1amp EV pela manhã	~~06~~
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
7.	Dipirona 500mg /ml – 2ml EV 6/6h S/N	12 – 18 – 24 – 06
8	Tramadol 100 mg + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h ou [illegible] S/N	14 – 22 – 06
9	Captopril 25 mg VO se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥100 mmHg	SN
10	Glicemia capilar (____). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N
11	Curativo diario 1x ao dia	M
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA
13.	Oxacilina 2g EV 4/4hs	12 16 [illegible] [illegible] [illegible]
14.	Ciprofloxacina 400mg EV 12/12hs	08 20

GLICEMIA	INSULINA REGULAR
200-250	2 UI SC
251-300	4 UI SC
301-350	6 UI SC
351-400	8 UI SC
>400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA
<70	GLICOSE 50% 40 ML EV

	GLICEMIA	I.R.
12:00		
18:00		
24:00		
06:00		

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Pct bem sem queixas

Ao Bloco. Paciente com programação cirúrgica p/ 2º turno dia 27/10.

Dr. Ivan Leite Morais
Médico CRM-RR
RESIDENTE ORTOPEDIA
25 OUT. 2014

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00				
18:00				
24:00				
06:00				

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Elias Ribeiro LEITO ______

DIAGNÓSTICO: ______ DATA: ___/___.___

ITEM	DESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	Dieta oral livre	SND
2	SF 0.9% 1000 ml (24h)	~~12 - 24~~
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h	~~12 - 18 - 24 - 06~~
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mg de 12/12h	~~12 - 22~~
5	Omeprazol 40 mg – 1amp EV pela manhã	06
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
7.	Dipirona 500mg /ml – 2ml EV 6/6h susp	12 - 18 - 24 - 06
8.	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0.9% 100 ml EV 8/8h susp	14 - 22 - 06
9	Captopril 25 mg VO se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥100 mmHg	SN
10.	~~Glicemia capilar (______).~~ Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N
11.	Curativo diário 1x ao dia	M
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA
13.	Oxacilina 1g EV 4/4hs	16 - 20 -
14.	[illegible] 12/12hs	04
15.		
16.		

GLICEMIA	INSULINA REGULAR
200-250	2 UI SC
251-300	4 UI SC
301-350	6 UI SC
351-400	8 UI SC
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA

	GLICEMIA	I.R.
12:00		
18:00		
24:00		
06:00		

[illegible]
Médico CRM-RR
RESIDENTE ORTOPEDIA

23 OUT. 2014

Evolução Médica:

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00				
18:00	124/86 mmHg	108 bpm		
24:00	139/95 mmHg	86 bpm		
06:00				

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA HORA	EVOLUÇÃO
27.12.14	P.O.I. de Debridamento cirúrgico M.E.E. [illegible]
	Dr. Bruno. Anestesista: Dr. Thiago, Anestesia /
	sedação. Estável, SpO2 99%; FC: 82 bpm. Sem
	intercorrências; com RD [illegible] [illegible]
	Rebeca Macedo Costa Enfermeira COREN 297.1[illegible]

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Elias Ribeiro LEITO: 216-3

DIAGNÓSTICO: ________________, DATA: [illegible]/12/14

ITEM	DESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	Dieta oral ~~livre~~ zero.	SND
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	~~12 - 24~~
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h	~~12 - 18 - 24 - 06~~
4	Tenoxican 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	~~10 - 22~~
5	Omeprazol 40 mg – 1amp EV pela manhã	06
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
7.	Dipirona 500mg /ml – 2ml EV 6/6h S/N	(12) - 18 - 24 - 06
8.	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h S/N	14 - 22 - 06
9	Captopril 25 mg VO se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥100 mmHg	SN
10.	Glicemia capilar (__________). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N
11.	Curativo diário 1x ao dia	M
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA
13.	Oxacilina 2g EV 4/4hs	16 (24) ~~08~~ 12 [illegible]
14.	Clindamicina 600 mg EV 6/6hs	12 ~~18~~ 24 06
15.		
16.		

Esquema do item 10:

GLICEMIA	INSULINA REGULAR
200-250	2 UI SC
251-300	4 UI SC
301-350	6 UI SC
351-400	8 UI SC
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA

	GLICEMIA	I.R.
12:00		
18:00		
24:00		
06:00		

Evolução Médica:

12hs. Coletado sangue para ~~[illegible]~~ realização de exame - [illegible].

Médico
CRM
2? DEZ 2014

RESINTRAN
30 JAN 2015

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T(°C)
12:00	134x78	81	-	36°C
18:00	120x80	79		36,2°C
24:00	110x60	76		36,7
06:00	130x70	66		

Paciente encaminhado ao CC às 13:40.

150

Prescrição Médica Traumatologia e Ortopedia

Paciente: Elias Rybino

Leito: 216-3 Data: 28/10/14

H.D.: Staff:

Medicação	Horário
1) Dieta oral livre	SND
2) Soro fisiológico 0,9% 1000ml (24hrs) susp.	
3) Cefalotina 1g 1 amp ev 6/6h	~~12~~ ~~18~~ 24 06
4) Tilatil 20mg 1amp ev 12/12h ou 1 comp vo 20mg 12/12h	~~10~~ 22
5) Omeprazol 40mg 1 amp ev pela manhã	06
6) Plasil 10mg 1 amp ev 8/8h (S/N)	
7) Dipirona 500mg/ml--- 2ml ev 6/6h SN	
8) Tramadol 100mg + SFO,9% 100ml ev 8/8h	a/c SN
9) Captopril 25mg 1 cp vo 8/8h se PA>160x100mmhg	
10) Sinais Vitais 6/6h	ROTINA
11) Curativo diário	M
12. Oxacilina 2g EV 4/4hs	~~20~~ ~~14~~ ~~18~~ 22 02 06
13. Clindamicina 600mg EV 6/6hs	~~12~~ ~~18~~ 24 06

28 OUT 2014

Hora	T	P	R	PA
12:00	36,8	82	20	130/70mmHg
18:00	36,4	87		107x68mmHg
24:00				
06:00				

SINAIS VITAIS 6/6hrs

Pressão arterial. / - /

Frequência cardíaca

Temperatura

Frequência respiratória

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: [illegible] LEITO: [illegible]

DIAGNÓSTICO: DATA: [illegible]

ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO
1	Dieta oral livre	SND
~~2~~	SF 0,9% 1000 ml (24h) Susp.	12-24
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h	12-18-24-06
~~4~~	Tenoxican 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h Susp.	10-22
5	Omeprazol 40 mg – 1amp EV pela manhã	06
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
7.	Dipirona 500mg /ml – 2ml EV 6/6h	12-18-24-06
8.	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h.	14-22-06
9	Captopril 25 mg VO se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥100 mmHg	SN
10.	Glicemia ~~capilar~~ (______). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N
11.	Curativo diário 1x ao dia	M
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h.	ROTINA
13.	[illegible]	[illegible]
14.	[illegible]	[illegible]
15.		
16.		

GLICEMIA	INSULINA REGULAR
200-250	2 UI SC
251-300	4 UI SC
301-350	6 UI SC
351-400	8 UI SC
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA

	GLICEMIA	I.R.
12:00		
18:00		
24:00		
06:00		

[illegible] ORTOPEDIA

Evolução Médica:

29 OUT. 2014

" ENFERMAGEM

12:00 → APRESENTANDO FLEBITE EM MSE; TROCADO ACESSO; MANTENDO PERVIO — " ———

RESINTRAN
30 JAN 2015

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00	90/60	79	21	36.5°C
18:00	[illegible]	[illegible]	[illegible]	36°C
24:00	[illegible]	[illegible]		36,3°C
06:00	[illegible]	[illegible]		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Elias [illegible] LEITO: 216-3

DIAGNÓSTICO: DATA: 30/10/14.

ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO
1	Dieta oral livre	SND
~~2~~	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12 - 24
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h	~~12~~ - 18 - 24 - 06
4	Tenoxican 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	10 - 22
5	Omeprazol 40 mg – 1amp EV pela manhã	06
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
7.	Dipirona 500mg /ml – 2ml EV 6/6h	12 - 18 - 24 - 06
8.	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h S/N	14 - 22 - 06
9	Captopril 25 mg VO se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥100 mmHg	SN
10.	Glicemia capilar ( ). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N
11.	Curativo diário 1x ao dia	M
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA
13.	oxacilina 2g EV 4/4 hs	~~10~~ 14 · 18 · 22 02 06
14.	Clindamicina 600mg EV 6/6 hs	~~12~~ 18 · 24 06
15.		
16.		

GLICEMIA	INSULINA REGULAR
200-250	2 UI SC
251-300	4 UI SC
301-350	6 UI SC
351-400	8 UI SC
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA

	GLICEMIA	I.R.
12:00		
18:00		
24:00		
06:00		

Evolução Médica:

31 OUT 2014

RESINTRAN
30 JAN 2015

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
10:00	120x78 mmHg	96	-	36,9°C
18:00				
24:00				
06:00				

→ VIRE!!

[illegible]
22.152 27.10

GOVERNO DE RORAIMA
Trabalho pra valer, trabalho pra crescer.

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:
NOME: Elias Ribeiro Moura
IDADE: 46 Anos REGISTRO:
BLOCO: B ENFERMARIA: 216-3 LEITO:
UTI: EMERGÊNCIA:

DE: Ortopedia PARA: Cardiologia

Dados Clínicos:

Risco Cirúrgico

Grato !!

[illegible] 2014

__/__/__
Data

Médico

RESINTRAN
30 JAN 2015

__/__/__
Data

Médico

GOVERNO DE RORAIMA
Trabalho pra valer, trabalho pra crescer.

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME: Elias [illegible] Moura

IDADE: 46 anos. REGISTRO:

BLOCO: B ENFERMARIA: 216 - 3 LEITO:

UTI: EMERGÊNCIA:

DE: Ortopedia

PARA: Cardiologia

Dados Clinicos:

Risco Cirúrgico

Grato !!

__/__/__
Data

Médico

__/__/__
Data

Médico

RESINTRAN
30 JAN 2015

0/2014

..:: Guia de Atendimento 02 ::..

NHE-HGR

Visto por: Roraima 24/10/14

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

1400325033	20/10/2014 13:32:45	**FICHA DE ATENDIMENTO**	TRAUMATOLOGIA	TARDE 13-19 4

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
ELIAS RIBEIRO MOURA	**08/12/1967**	**46 A 10 M 12 D**		**44733259204**	**00067580**

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IGNORADO				**M**	**SOLTEIRO(A)**	**PARDA**	**BARRA DO CORDA - MA**	

Mãe
MARIA RIBEIRO MOURA

Pai

Contatos
(95) 8115-3674

Endereço
RUA - GRAU MESTRE BARBOSA DE ARAUJO - 604 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				

Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
OUTROS	**URGÊNCIA**					

Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:
GRANDE TRAUMA	**DEMANDA ESPONTANEA**		**FRANCISCA**

Queixa Principal (   )**Síndrome Febril** (   )**Sintomático Respiratório** (   ) **Suspeita de Dengue**

Anamnese de Enfermagem

GSC **TOTAL**
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Trauma em [illegible]

Exame Físico

[illegible]

Hipótese Diagnóstica

[illegible]

SADT - Exames Complementares

(   ) RAIO -X (   ) ULTRA-SON (   ) TC (   ) SANGUE (   ) URINA (   ) ECG (   ) OUTROS:________

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
[illegible]		

HOSPITAL GERAL DE R... Av. Brig. Eduardo Gomes S/N ... Tel. (95) 212... Planalto AUTENTICAÇ... 1 5 JAN 2015 Certifico e Dou Fé que a Presente Cópia é Fiel Reprodução do Original que me foi apresentado nesta...

Hospital Geral de Roraima SAME/HGR ENTREGUE ASS.:

Conduta
(   ) Alta por Decisão Médica
(   ) Alta a Pedido
(   ) Alta a Revelia
(   )Transferência para:________
(   ) Ambulatório
(   ) Observação (Até 24h)
(   ) Internação
Data e Hora da Saída/Alta:___/___/____ ___:___:___

Óbito
Antes do 1º Atendimento? (   ) Sim (   ) Não **Destino:** (   ) Família (   ) IML Anatomia Patológica ___/___/____ ___:___:___

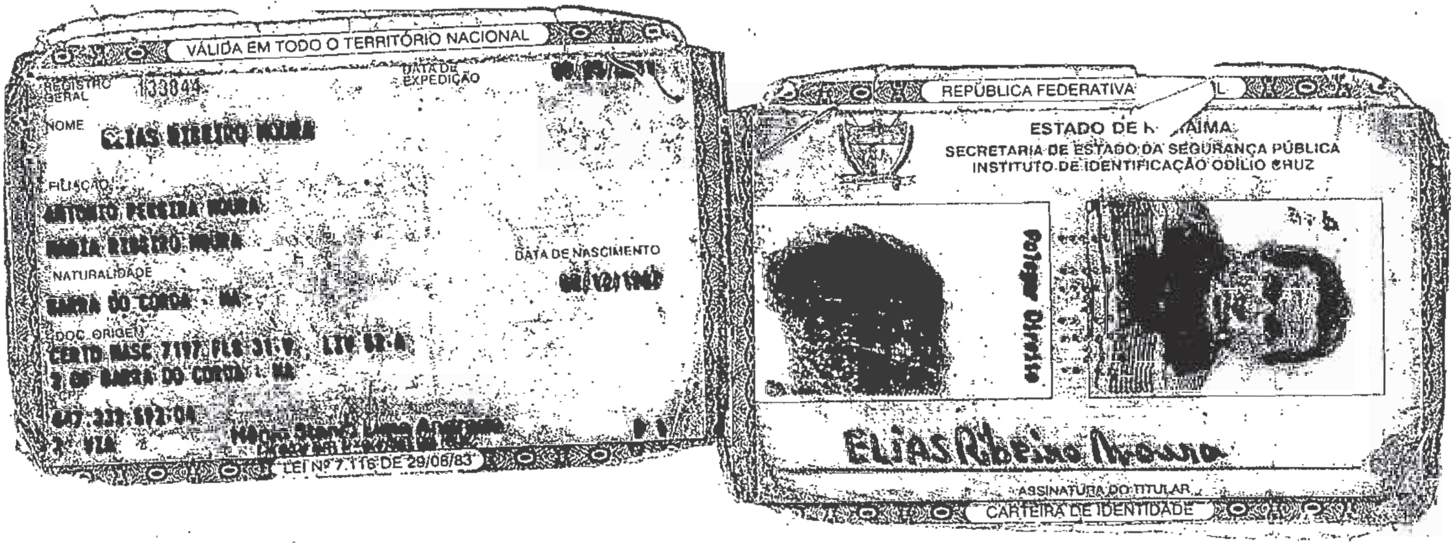
Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

1400325033

Impresso por: **francisca**
Data Hora: **20/10/2014 13:58:09**

RESINTRAN
30 JAN 2015



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 133044

DATA DE EXPEDIÇÃO [illegible]

NOME ELIAS RIBEIRO MOURA

FILIAÇÃO
ANTONIO PEREIRA MOURA
MARIA RIBEIRO MOURA

DATA DE NASCIMENTO [illegible]

NATURALIDADE
BARRA DO CORDA - MA

DOC. ORIGEM
CERTD NASC 7197 FLS 31 V LIV [illegible]
2 OF BARRA DO CORDA - MA

CPF
[illegible]

2ª VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA [illegible]L

ESTADO DE R[illegible]AIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ

Polegar Direito

ELIAS Ribeiro Moura

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO 100403

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Elias Ribeiro Moura, portador da carteira c
identidade nº 13384 e inscrito no CPF/MF sob o nº 447.332.592-04
residente e domiciliado, na Rua: Grão Mestre Cláudio, 654- Equatorial
Cidade Boa-Vista, Estado Roraima, declaro, sob as penas da lei, qu
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento c
indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins d prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com praz 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 d invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaraçã permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médic Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei n 6.194/74.

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

Elias Ribeiro Moura

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Boa-Vista RR, 23/01/2015

Local e data

RESINTRAN
20 JAN 2015
OUTROS
1004054

DECLARAÇÃO DE CONTA ATIVA

Declaro para os devidos fins que possuo uma conta aberta da caixa econômica federal e a mesma encontra-se ativa e não tem limites de deposito por ser verdade, assino .

Elias Ribeiro Moura

CPF 447.332.592-04