

# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: ADILTON CARNEIRO DE SOUZA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000021847-3

---

Autenticação:

38B07554A24020A65AF7C9D2F1571E00EFD82E811D28DC2A8FD51BCF852C1EEC

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190058539      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADILTON CARNEIRO DE SOUZA      **Data do acidente:** 31/07/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 31/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190058539      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADILTON CARNEIRO DE SOUZA      **Data do acidente:** 31/07/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 31/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026982/19

Número do Sinistro: 3190058539

Vítima: ADILTON CARNEIRO DE SOUZA

CPF: 517.562.502-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/07/2018

Titular do CPF: ADILTON CARNEIRO DE SOUZA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/01/2019  
Nome: ADILTON CARNEIRO DE SOUZA  
CPF: 517.562.502-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2019  
Nome: JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR  
CPF: 383.267.872-72

ADILTON CARNEIRO DE SOUZA

JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026982/19

**Vítima:** ADILTON CARNEIRO DE SOUZA

**CPF:** 517.562.502-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 31/07/2018

**Titular do CPF:** ADILTON CARNEIRO DE SOUZA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

**ADILTON CARNEIRO DE SOUZA : 517.562.502-00**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/01/2019  
Nome: ADILTON CARNEIRO DE SOUZA  
CPF: 517.562.502-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2019  
Nome: JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR  
CPF: 383.267.872-72

ADILTON CARNEIRO DE SOUZA

JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR





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

FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO
Data Nascimento 01/10/1975	Idade 38 A 39 M 0 D	CNS 00803539120/81	Dir. 07	
data I missão 12/05/1994	Sexo Masculino	Estado Civil SOLTEIRO(A) PARAU Pai ZACARIAS MATOS DE SOUZA	Naturalidade BOA VISTA - RR	Residência BOA VISTA - RR
			Endereço (Se) 35148-3435	Obsação AUTÔNOMO
DRA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - RR				
CO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autenticação	Seu Prontuário
Endocrinologia	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
		Procedimento Sol.		Pressão
				Registrado por DAL
<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				

### Anamnese de Enfermagem

#### Anamnesis - *Initial Information*

Preciso rigorosamente com o exame cervical. Refira-se, em D240.

### Exame Físico

**Hipótesis Diagnóstica:** Pupilas isofoto; lentes.

## Portraiture.

©2017 - Los 700 Complementos

(✓) HAO-X ( ) ULTRASÓN  
PRESCRIÇÃO

( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS

#### APRAZAMENTO

OBSERVACÃO

Continued

- ) Alta por Decisão Médica
  - ) Alta a Pedido
  - ) Alta a Revisão
  - ) Transferência

200

Anais do 1º Congresso

Oct 15, 1923

Ambulatório  
 Observação (Até 24h)  
 Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_

**Carimbo e Assinatura do Mês**

Impresso por dia







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

*Adelesan Carneiro*

Date 16/08/18 O.S. " "

*Pseudo Artrose Umero E*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

O DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO: *Dr. O. Eugenio*

1º AUXILIAR:

*Dr. Losus*

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS: *Dr. Michel*

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Tucção feito favorável
  - Discos x 2 cm
  - Encastr - SC. Pseudo Artrose do
  - Umero (E) 1/3 1/2
  - Rea vivamente dolor
  - Redução
  - Estabilização com placas DCP forja 06
  - Fundos + 06 Parafusos
  - Fechamento x 2 cm
- Carlos Pratiaga da Rosa*  
Médico CRM-RR 103
- Dr. Josefa Lopes Aquino*  
CRM-RR 566





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
"Amazônia Patrimônio das Gerações"

Pct. Asap: II

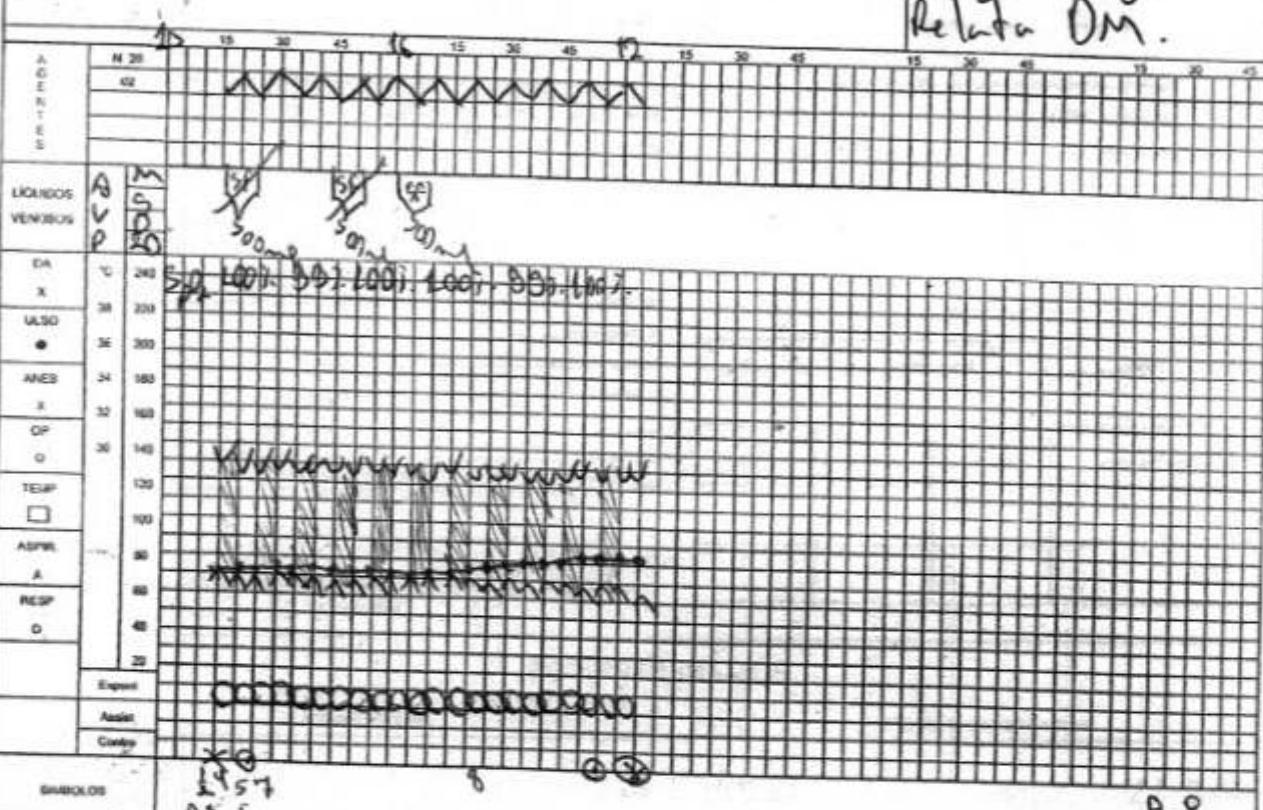
## FICHA DE ANESTESIA

Adilton Correia de Souza 38a  
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

16/08/18

**PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO**

Neg Allergen  
Reflux OM.



A-8

AGENTES	DOSSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
FENTANIL 100 mcg.		BLOQUEIO DE PLEXO BDA -	X-CHUCK LESI ANESTI OK
Lidocaína (1%) 400		QUITAL VIA INTRAVASC.	MONTOR: SpO <sub>2</sub> , RE, PONZ, ECG.
Midazolam 5 mg.		CALVÍCIA GUROA DOL USP	① AUP
Dipirona 2g.		VENTILANDO ESPONTÂNEO	② CN O <sub>2</sub> 2 L/min
		O <sub>2</sub> SUPLEMENTAR	③ Sedação Fentanil 100 mcg.
F			midazolam 5 mg.
G			④ BLOQUEIO de PLEXO BRAQUIAL.
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringe Naso / Otorrinolaringo - Cega Bol - Timp - Calibre do Tubo Sob Máscara Dissolvente Técnica	Lidocaina 400 → u VASO
INOD			⑤ Cefalofina 2g ⑥ Cetoprofeno 100,
SANGUE			⑦ Androctona 3g ⑧ Dipirona 3g
5% O <sub>2</sub> 1500			⑨ Alprpi SRPA .
TOTAL 1500		TEMPO DE ANESTESIA 1.45h	
OPERAÇÃO		Osteosíntese de fratura de Umero ⑩	Laringo - Espasmo - Excesso Seco Depressão Respiratória - Hipoxia "Sucking" - Vômito
ANESTESIA	Dr Michel / Dr Bruno H	DRUGA	Hemorragia - Arteria Brad Taquicardia - Chocar
		PERDA SANGUÍNEA	HOSPITAL GERAL DE RODRIGUES Eduardo Gomes, 5/N

Michel M. Moura  
Médico/Anestesiologista  
CRM - RR/1106

ANESTESIA Michel The Brundt At Jesus / Dr Carlos H.

— 1 —

Читання - Антоні  
Влад Тарасюк - Сюжет

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Progresso - tel. (65) 2122-0530

## ESTENILACAO

Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

### FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

43 Anos.

NOME DO PACIENTE Adilton Camerino de Souza.	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA 16/08/2018
--	--------------	------------------	--------------------

## CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Interv. de frat. Útero (E)	15:32	17:00	

## EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO Drº Carlos Henrique.	ANESTESISTA: Drº Michel.
1º AUXILIAR Drº Jesus.	RES. ANESTESIA: Drº Bruno.
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR Onesio.

TIPO DE ANESTESIA: Sedacão + BPP.	TEMPO DE DURAÇÃO:
-----------------------------------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml.
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYLNº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 3.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 23.			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA03ML		1	ferro nº 18	
	SERINGA05 ML		1	Equipo maior	
1	SERINGA 10ML		1	GORE-TEX Etorexidina 100-100ml	
1	SERINGA20ML		1	CATETER PD?	
1	Eletrodo		1	Alcool 100-500 ml.	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Rebeca Luciano.	MATERIAL MEDICAMENTOS	
UNCIÓNARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA Eliangela M. Isaac. Valeria	TAXA DE SALA	SUB- TOTAL
		TAXA DE ANESTESIA	

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

2º SET 2018

HOSPITAL GERAL DE SOMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Nova Bréscia - RR - CEP 69121-0620	
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fidedigna Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital	

— Daga henges, φ  
— Daga henges, φ

卷之三

ESAU

卷之三

NOME: José LIMA ZAYAU DA ASSISTÊNCIA  
GENÉTICO: Adelito Corrêa de Souza

SAII - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRURGICO/SRPA

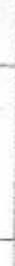
DADOS P/ OPERADORÍO						
TRANSPORTADORÍO						
Vias	Re. ox.	18	Entrada na Sala	Início da Circulação	Ini. Circ.	Término
					Saída S.O.	SRPA

Nº Céd.	Nº S.A.E.	Nº P.A.	SPO2
023	38	86	96
024	39	84	96
025	36	96	96

Hidroclorato	Antibiotico	Hemod. + infus.
Infundida	Terapia	
3F a 0,9% <del>1000</del>	Nomar <del>Colchicina</del>	
SG a 10%	Dosis: 90	Pielma:

<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Duro
FC 92 bpm	PR 87 mm/s	
		A. Acesso Venoso
		5. Outros
		
		
		

Legend				
	AV	HV	CH	SNG
Initial	SP-1500			
Intermediate				
Final				

1. Estretos	
2. Oxímetro	
3. PVC	
4. Alça de gatilho	
5. Indicação	

6. Cateter	<input type="checkbox"/>
7. Veinoclise	<input type="checkbox"/>
8. Drano	<input type="checkbox"/>
9. SNG	<input type="checkbox"/>
10. Balka de Smarch	<input type="checkbox"/>
11. Outros:	<input type="checkbox"/>

Entrada:	Saida:
01	01
02	02
03	03
04	04
05	05
06	06
07	07
08	08
09	09
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

Barbados 17

1

卷之三

GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Vestíos. de fract. de úmero (e)

Data: 16/08/18

Nº. DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

Paciente: Adilton Correia Idade \_\_\_\_\_

Bloco: \_\_\_\_\_ Enfermaria \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Caixa: Gaúcho frag Nº \_\_\_\_\_

Circulante: Irae, brigadeiro m. Sala 04

Conferência Expurgo CME: \_\_\_\_\_

Material Utilizado:

Ponçadores:

Cortical 28 1  
96 1  
56 1

DSP long 8 juros

Médico Responsável  
Carlos Henrique La Rosa  
Médico CRM-RR 463

1º Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º Via - CME

HOSPITAL GERAL DO RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO

20 SET 2018

Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

219

**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**



**PREScrição MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	<i>Adeilton Amorim</i>		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	<i>+9</i>	DATA
ITEM	PREScriÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP: SF 0,9% 500ml 1X/dia		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
4	TILATIL 20mg 12/12hs		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		
9	SIMETICOÑA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15			
16			
17			
18			
19			
20	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; $\geq$ 400: 10 UI E OU GLICOSE $\leq$ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

Ao bloco para programação cirúrgica

*Carlos Henrique  
Machado da Rosa  
CRM-RR 483*

SINAIS VITAIS	PA	P	R	T
6 H	130x90	70	20	-
12 H				(e.e.)
18 H	150x90	88	-	36-
24 H				

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
 Av. Bldo. Eduardo Gomes, S/N  
 NOVO HAMBURGO Tel (95) 2121-0620

**MÉDICO RESIDENTE EM**  
**ORTOPEDIA E AUTENTICAÇÃO**  
**TRAUMATOLOGIA.**  
**20 SET. 2018**

Certifico e Dou fé que a presente cópia é fiel à Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

*P. paciente futebolista do e c  
 e 17/10/2018 Isabel Gomes Manoel  
 Téc. de Enfermagem  
 COREN-RR 510.039*



**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA**

219-L



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	<i>Adriana Correia</i>			
DIAGNÓSTICO				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	
IDADE	LEITO	<i>219-B</i>	DATA <i>17/08/18</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia			
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			
4	TILATIL 20mg 12/12hs			
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS			
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
10	SSVV + CCGG 6/6 H			
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			
14	CURATIVO DIARIO			
15				
16				
17				
18				
19				
20	<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>			
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>				

Ao bloco para programação cirúrgica

*MEG, 10588  
PLTA HOSPITAL DA*

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JAN 2019

*Carlos Henrique La Russa  
Médico  
CRM-RR 463*

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

SINAIS VITAIS		GENTE SEGURADORA S/A
6 H		<i>José Capelo Alves Britto, 434 - São Paulo - RJ</i>
12 H		
18 H		
24 H		

MEMBROS SUP

41,2 %

08/08/2018

D/N

44,4 %

08/08/2018

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
ADILTON CARNEIRO DE SOUZ

E

E

18/8/2018 19:21:34

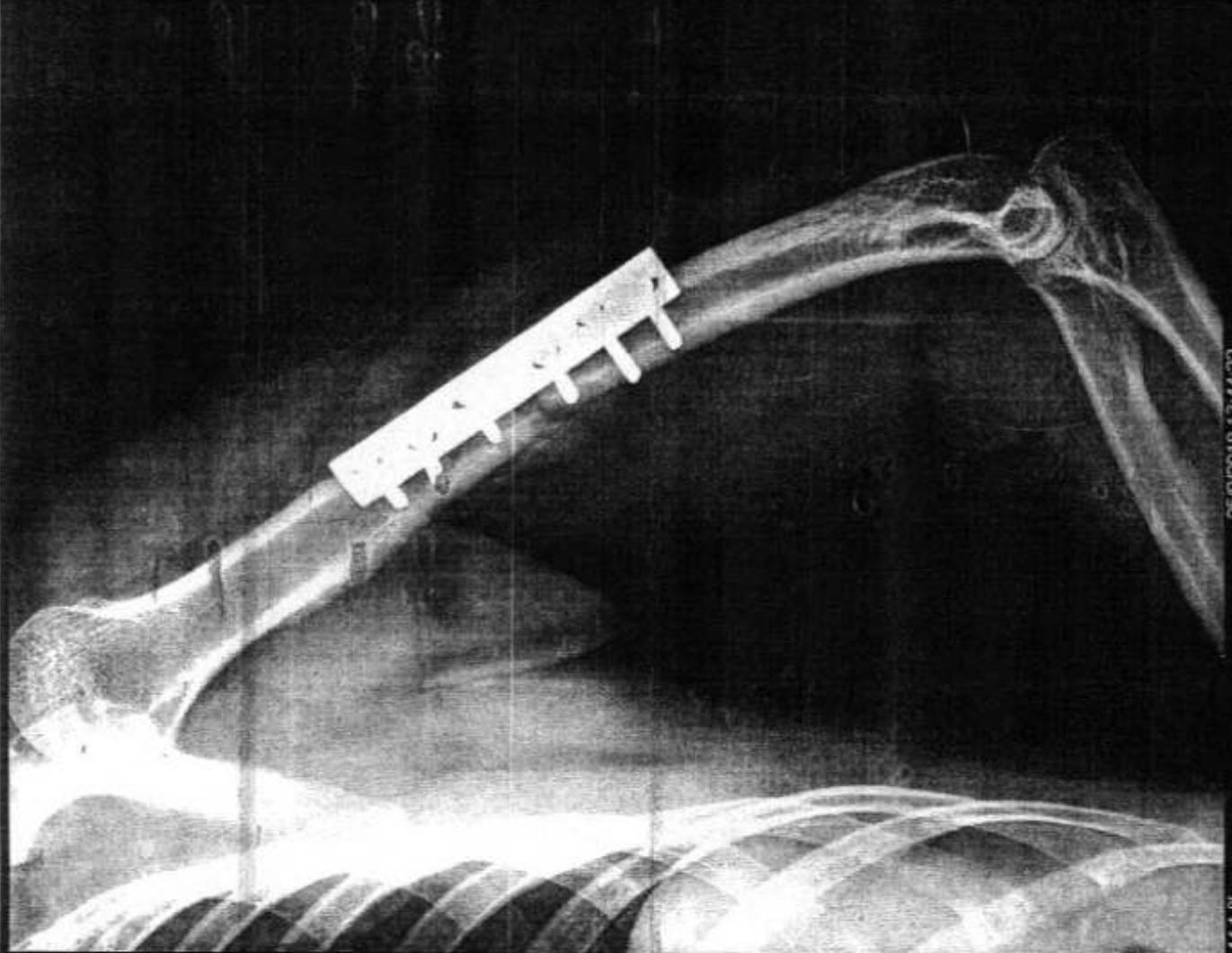
44.1%

18/8/2018 19:21:34

44.0%

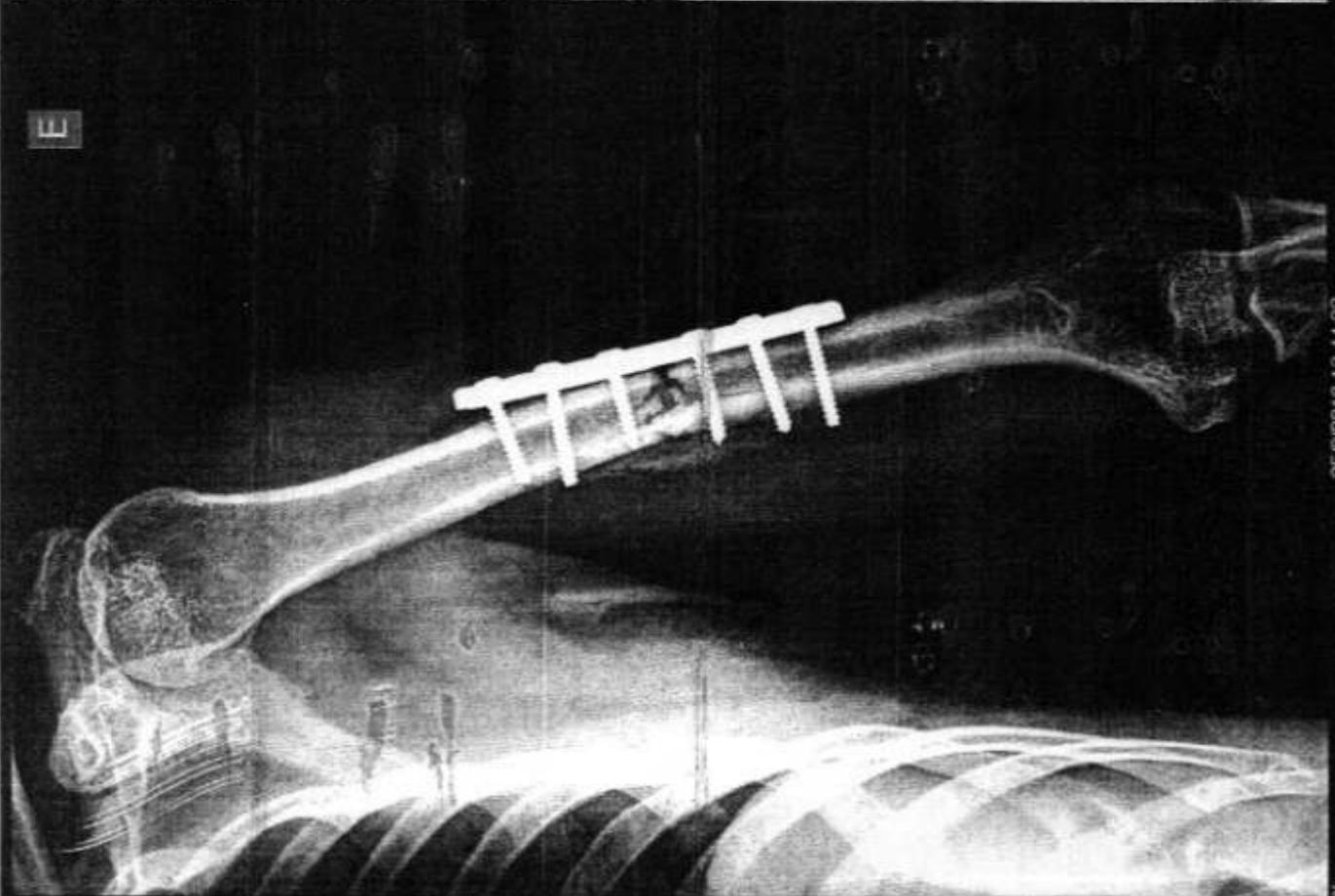
ADILTON CARNEIRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



25/9/2018 13:44:22

44.1%



25/9/2018 13:44:22

44.0%

, ADILTON CARNEIRO DE SOUZA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
TR. NASCIMENTO / ED. ROSANGELA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



Pónter Direito



*Adilton Carneiro de Souza.*

ASSINATURA DO TITULAR  
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

150387

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

14/04/2016

NOME  
**ADILTON CARNEIRO DE SOUZA**

FILIAÇÃO

**ZACARIAS MATOS DE SOUZA**

**MARIA DA CONCEICAO CARNEIRO DE SOUZA**

NATURALIDADE

**BOA VISTA - RR**

DATA DE NASCIMENTO

01/10/1979

DOC. ORIGEM

**CERTO CAS 1709 FLS 209 LIV B-06**

**2 OF BOA VISTA - RR**

CPF

**517.562.502-00 AMADEU ROCHA TRIANI**

Portaria Procedimento da Função Civil  
Decreto da FCC

**2 VIA**

LEI NR 7.116 DE 29/06/83

p 7

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Ribeiro, 404 - Boa Vista - PR

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CHODONIR RODRIGUES DO NASCIMENTO,  
RG nº 113.420, data de expedição 12,01,99,  
Órgão SSPI RR, portador do CPF nº 447279252-49, com  
domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de  
RR, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R: ANTONIO  
FERREIRA DE SOUZA, nº 28.  
Bairro: SÃO BENTO, declaro, sob as penas da Lei, que o  
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima ADINTON CARNEIRO DE SOUZA,  
cujo o condutor era ADINTON CARNEIRO DE SOUZA.

Veículo: MOTOCICleta

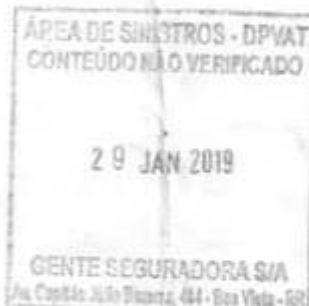
Modelo: HONDA / POP 110I

Ano: 2016/2016

Placa: NAM 4656

Chassi: 9C2JB0100GR217138

Data do Acidente: 31.07.2018



Local e Data: Boa Vista/RR, 17,01,19

Chodonir Rodrigues do Nascimento

Assinatura do Declarante

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





## FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1191



192

PREFEITURA  
BOA VISTA

UNIDADE SAV

EQUIPE

Guilivane/Bispo/Bládis

Paciente: Adilton Carniho de Souza Idade: 38 Sexo: M  
 Nacionalidade: Brasileiro Raca: Branca [ ] Negra [X] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia  
 Endereço: Av. Atende Teixeira c/ 504 Bairro Pintolandia

Nº 14.286

DATA 31/07/2018

HORA J/9: 23:50 BASE X VIA ( )

( ) RÁDIO

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:

Luis

HORA J/10: 23:56

CELULAR

MOTIVO DO ACONTECIMENTO:

Acidente no trânsito - carro

ACIONAMENTO

[X] SOCORRO [ ] TRANSPORTE [ ] ATENDIDO NA BASE [ ] OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) / 1 a 3 horas ( ) / 4 a 24 horas ( ) / Mais de 24 horas ( ) / Não sabe ( )

## MECANISMO DE TRAUMA

## AUTOMÓVEL

- [ ] Capotamento
- [ ] Atropelamento
- [ ] Colisão AUTO x
- [ ] Motorista
- [ ] Passageiro Banco dianteiro
- [ ] Passageiro Banco traseiro

## AUTOMÓVEL

- [ ] Uso do cinto \_\_\_\_\_
- [ ] Vítima projetada
- [ ] Vítima encarcerada
- [ ] Air Bag Ationado

## VIOLENCIA

- [ ] RAB
- [ ] RAF
- [ ] Espancamento
- [ ] Violência Doméstica
- [ ] Violência Sexual
- [ ] Tentativa de suicídio

## OUTROS

- [ ] Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto
- [ ] Queda, Altura aprox. \_\_\_\_\_
- [ ] Acidente Doméstico
- [ ] Queimadura Agente \_\_\_\_\_
- [ ] Afogamento
- [ ] Agressão p/ animal \_\_\_\_\_

## PEDESTRE

- [ ] Atropelamento [ ] CICLOVIA
- [ ] VIA [ ] CALÇADA [ ] FAIXA

## MOTOCICLETA / BICICLETA

- [X] Colisão MOTO X *carro*
- [ ] Queda de moto
- [ ] Atropelamento
- [ ] Queda de Bicicleta
- [ ] Piloto

## AVALIAÇÃO INICIAL

## VIAS AÉREAS

- [X] Livre
- [ ] Obstrução Parcial
- [ ] Obstrução Total
- [ ] Corpo estranho
- [ ] Edema de Glote
- [ ] Outro: \_\_\_\_\_

## VENTILAÇÃO

- [X] Eupneico
- [ ] Apneia
- [ ] Dispnéia
- [ ] Bradipneia
- [ ] Taquipneia
- [ ] Roncos
- [ ] Sibilos
- [ ] Respiração paradoxal

## CIRCULAÇÃO

- [X] Normocárdico
- [ ] Bradicárdico
- [ ] Taquicárdico
- [ ] Arritmico
- [ ] Enrichimento capilar acima de 2"
- [ ] Ausente
- [ ] Cianose central
- [ ] Cianose de extremidade

## AVAL. NEUROLOGICA

- [ ] AVDN
- [ ] Miase
- [ ] Midriase
- [ ] Anisocoria [ ] D [ ] E
- [ ] Aparentemente Utilizado

## [ ] GLASGOW \_\_\_\_\_

## SINAIS VITais E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APGAR
Inicio	110/70	97		98,1				
Fim	110/70	86		99%				

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome	
[X] Corada	[X] Contusão	[X] Contusão	[X] Escoriações	[X] Dor	[ ] Escoriações	
[ ] Quente	[X] Escoriação	[ ] Escoriações	[ ] Laberações	[ ] Escoriações	[ ] Laceração	
[ ] Pálida	[X] Lacerção	[ ] Lacerções	[ ] Hematomas	[ ] Lacerações	[ ] Distendido	
[ ] Fria	[X] Hematomas	[ ] Ferimento ocular	[ ] Desvio da traquéia	[ ] Contusão pulmonar	[ ] Em tábua	
[ ] Úmida	[X] Afundamento	[ ] Luxação	[ ] Enfisema Sub-Cutâneo	[ ] Fenda Aspirativa	[ ] Doloroso	
[ ] Seca	[X] Fer. penetrante	[ ] Mandíbula	[ ] [ ]	[ ] Empalamento	[ ] Eviceração	
[ ] Cianótica						
Pele	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	OCULAR	VERBAL	MOTORA
[X] Contusão	[X] Contusão	[X] Contusão	[X] Contusão	[X] Espontâneas	[X] Orientado	[X] Obedece a comandos
[ ] Escoriações	[X] Hematomas	[X] Escoriações	[X] Escoriações	[ ] 3 Ao comando	[ ] 5 Confuso	[ ] 2 Localiza a dor
[ ] Dor	[X] Dor	[ ] Luxações	[ ] Luxações	[ ] 2 À dor	[ ] 3 Palavras inapropriadas	[ ] 4 Movimento de retirada
[ ] Instabilidade	[X] Escoriações	[X] Luxações	[X] Lacerções	[ ] 1 Sem resposta	[ ] 2 Palavras incompreensíveis	[ ] 3 Flexão anormal
[ ] Crepitação	[X] Crepitação	[X] Fratura	[X] Fratura		[ ] 1 Sem resposta	[ ] 2 Extensão anormal
		[X] Amputação	[X] Amputação			[ ] 1 Sem resposta
		[X] Crepitação	[X] Crepitação			

## AVALIAÇÃO CARDIACA

## AFECÇÃO CLÍNICA

## HISTÓRIA PEGRESSA

[X] Ritmo Sinusal	[ ] Fibrilação atrial	[ ] Respiratória	[ ] Digestiva	[ ] Diabetes	[ ] Alergias
[X] Taquicardia	[ ] Fibrilação ventricular	[ ] Neurológica	[ ] Infeciosa	[ ] Cardiopatia	[ ] Outros
[X] Bradicardia	[ ] Assistolia	[ ] Psiquiátrica	[ ] Obstétrica	[ ] HAS	
[ ] Fibrilar		[ ] Metabólica	[ ] Outra	[ ] Medicação de uso	
		[ ] Cardiovascular			
		[ ] Aborto			

Dr. Lucas Duarte

MÉDICO  
CRM-RR 1787

W

## GRAVIDADE PRESUMIDA

[ ] ILESO

[ ] PEQUENA

[ ] MEDIA

[ ] SEVERA

## ÓBITO EVIDENTE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura e Carimbo Médico Unidade de Destino

## MULTIPLOS MEIOS ACONFIADOS

SAMU 192-BV  
COM ORIGINAL  
Em 26/11/18  
Stephanie

## INCIDENTE

- [ ] Cancelamento
- [ ] Recusa de Atendimento
- [ ] Não se encontrava no local - EVASÃO
- [ ] Recusa de hospitalização
- [ ] Trote
- [ ] Bombeiro no local

- [ ] Polícia Militar
- [ ] Guarda Municipal
- [ ] SMTRAN
- [ ] Bombeiro
- [ ] Outros

## ROP

- [ ] Iniciada as: 06:00 SEGURO/Reservada
- [ ] RCP com sucesso Rio Jataí Barreto, 444 - Botucatu - SP
- [ ] RCP sem sucesso
- [ ] Obs: \_\_\_\_\_

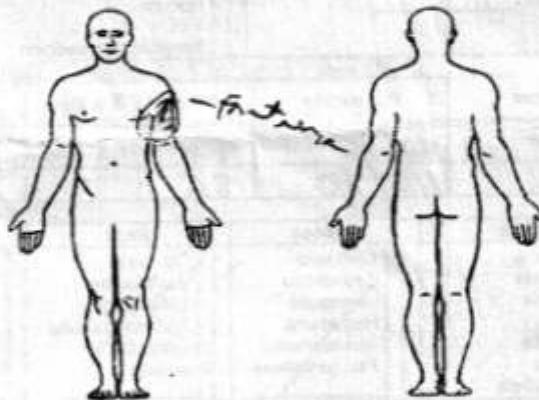
## OBSERVAÇÕES

RUS

DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros
	Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.		
CASO CLÍNICO	Assinatura do Paciente _____ RG: _____		
PERTINÊNCIA DO PACIENTE	Descrição:		
	Nome do Receptor:		
	Função do Receptor:		
	Assinatura do Receptor:		
TERMO DE RECUSA	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>atendimento pré-hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:		
	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>transporte para unidade hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:		
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____		
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____ TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____		

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	- Unives - 02 cataduras 20cm - nascosas - 01 catadura 8cm ~ 01 Gaze
Perda de líquido:	BCF:	
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão		

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
OC-clus anterior prestativamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	3
Abertura ocular após em estimulação de extremidade dos dedos	A Pressão	2
Auxílio persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Auxiliante	1
Otimos reflexos reflexos a fator local	Não Testável	NT
Resposta Vocal	Pontos	
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientado	3
Resposta ligeiramente menor com comunicação coerente	Confusa	2
Padrão de resposta intermitente	Pelotada	1
Aparência gomosa	Sons	2
Auxílio de resposta auxiliar, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere na comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora	Pontos	
Comportamento de ordem com 2 apdes	A ordem	5
Flexão da mão acima do nível da clavícula em estimulo de calcanhar ou dedos	Localização	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, sentindo predomínio não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, sentindo predomínio claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão dos membros inferiores ao nível do cotovelo	Extensão	2
Aumento de movimentos dos membros inferiores, sentindo superiores, inferiores, sem fatores de interferência	Auxiliante	1
Fator que impede resposta motora	Não testável	NT



Última de acidente com morte, ao lado (lateral) sentado. Apresenta patina fraca fechada de olhos normais (O). Após protocolo de traum. encaminho ao GT/HGR (calor + fraca + dor) de MSO.

*(Assinatura) Edilson C de Moraes Nilo  
Câmara Médica  
CONTA 1007*

Última ao solo, em decúbito dorsal, MS. Apresenta patina fechada, realizando imobilização de membro (MS) colo cervical, ganchos seguidos, encaminha ao GT/HGR

*Gerlivanie Alves  
Enfermeira  
Especialista Ortopedia e Traumatologia  
COREN-RR 349.953*

26/11/18  
Stephanie  
Eduarda

ASSINATURA E CARIMBO

WME  
H99894

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA**  
**DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 049/2019/DAT - Boa Vista - RR, em 18/01/2019.**

COMUNICANTE: ADILTON CARNEIRO DE SOUZA

RG: 150387 SSP/RR CPF: 517.562.502-00

NATURALIDADE: BOA VISTA/RR

ENDEREÇO: AV. RIO MUCAJAI N°. 1117 BAIRRO: ARACELIS SOUTO MAIOR

CIDADE: BOA VISTA ESTADO: RORAIMA

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: AUTONOMO

DATA DE NASCIMENTO: 01/10/1979 IDADE: 39 ANOS GRAU DE INST: ENS. MEDIO COMPLETO

ESTADO CIVIL: CASADO TELEFONE: 99158-4908 N° REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI: ZACARIAS MATOS DE SOUZA

NOME DA MÃE: MARIA DA CONCEIÇÃO CARNEIRO DE SOUZA

O comunicante compareceu nesta Delegacia Especializada, para informar que no dia 31/07/2018, aproximadamente às 23:30h, na Av. Ataide Teive c/ Av. Nazaré Filgueiras - Pitolândia, nesta capital

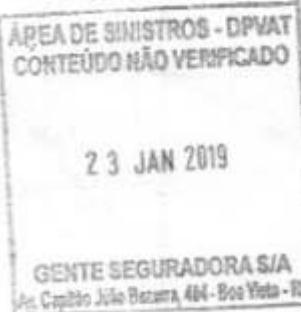
QUE trafegava pela Avenida Ataide Teive, sentido centro, conduzindo a motoneta HONDA POP 110, placa NAM-4656, Chassi 9C2JB0100GR217138, de propriedade de CLODONIR RODRIGUES DO NASCIMENTO, quando foi colidido por um veículo GM CORSA PRATA, de placa desconhecida. Que a condutora do veículo convergiu a esquerda sem sinalizar, ocasionando o acidente. Que foi socorrido pelo SAMU. Que sofreu lesões corporais. Que NÃO DESEJA representar criminalmente; QUE O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA É APENAS PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O REGISTRO.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORais.

ERICO WALLACE BESSA ROCHA  
Agente de Polícia  
Mat: 042000652

ADILTON CARNEIRO DE SOUZA

Comunicante



O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas é cliente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei ontem, conforme previsto nos Artigos 339-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO  
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro  
Boa Vista - Roraima - Brasil

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

517.562.502-00

Nome completo da vítima:

Adilton Carneiro de Souza

CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO)

Nome completo:

Adilton Carneiro de Souza

Profissão:

autônomo

Bairro:

13 de Setembro

E-mail:

liderboavista...pendencia@hotmail.com

Endereço:

R. CMTC. Tenen. Penheiro

Cidade:

Bon Vista

Estado:

PE

CPF:

344

Complemento:

69.306.130

Tel (DDD):

7599117-5392

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO:

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6953

CONTA: 21847

3

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

## 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vítima teve filhos?  Sim  Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim  Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:  Sim <input



**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

23 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A

