


# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT  
552796

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352797/19

Vítima: JOELSON CASTRO SALES

CPF: 814.690.802-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOELSON CASTRO SALES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

### JOELSON CASTRO SALES : 814.690.802-06

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190577703

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOELSON CASTRO SALES

**Data do acidente:** 20/02/2019

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** APRESENTA FORÇA MOTORA DO MEMBRO DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO EM GRAU ACENTUADO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

**Sequelas permanentes:** RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 21/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO JOELHO ESQUERDO EM GRAU INTENSO.

## 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190577703

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOELSON CASTRO SALES

**Data do acidente:** 20/02/2019

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** APRESENTA FORÇA MOTORA DO MEMBRO DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO EM GRAU ACENTUADO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

**Sequelas permanentes:** RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 21/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECIU DEFICIÊNCIA NO JOELHO ESQUERDO EM GRAU INTENSO.

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

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190577703 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOELSON CASTRO SALES **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 14/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO PLACA E PARAFUSO) P4 6 ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @22 PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190577703 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOELSON CASTRO SALES **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 15/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO PLACA E PARAFUSO) P4 6 ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @22 PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

NOME: Jaelson Castro Sales  
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Pedreiro RG:  
CPF: 814.690.802-06 ENDEREÇO: R. Tancredo Correia da Costa - 157  
BAIRRO: Senador Hilário Campos CIDADE: Boa Vista  
CEP: 69.316-6

VÍTIMA: Jaelson Castro Sales  
CPF: 814.690.802-06 DATA DO ACIDENTE: 20.02.19  
NATUREZA: ( ) DAMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

## OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco  
NACIONALIDADE: Brasileira  
ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: Contador  
Nº DO RG: 2.397.17 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/RR  
DATA DE EMISSÃO: 13/10/2016  
Nº CPF: 825.396.343-20  
ENDEREÇO: R. CC-13 294 - Conj. Cidadão

## PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista - RR, 20 de Setembro de 20 019

Jaelson Castro Sales  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



Jaelson Castro Sales



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352797/19

**Vítima:** JOELSON CASTRO SALES

**CPF:** 814.690.802-06

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 20/02/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOELSON CASTRO SALES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

### JOELSON CASTRO SALES : 814.690.802-06

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

---

**Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190577703**

**Vítima: JOELSON CASTRO SALES**

**Data do Acidente: 20/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

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

**Senhor(a), JOELSON CASTRO SALES**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190577703**

**Vítima: JOELSON CASTRO SALES**

**Data do Acidente: 20/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOELSON CASTRO SALES**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190577703

Vítima: JOELSON CASTRO SALES

Data do Acidente: 20/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOELSON CASTRO SALES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOELSON CASTRO SALES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 000009033-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00009033

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Assinatura do beneficiário

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 300 Vista 07.10.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
4ª DELEGACIA DE POLÍCIA DISTITAL  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA - OFF LINE**

<b>BOLETIM Nº</b>	<b>2990/2019</b>	<b>DELEGADO</b>	<b>Douglas Gabriel da Cruz</b>	
<b>DATA:</b>	<b>05/06/2019</b>	<b>ATENDENTE</b>	<b>Carlos Eranes Benevenuto Miranda</b>	
<b>HORA DO REGISTRO</b>	<b>16h38min.</b>	<b>LOCAL DA OCORRÊNCIA</b>	<b>DATA</b>	<b>HORA DO FATO</b>
		<b>Rua Laura Pinheiro Maia, em frente ao número 717 - Senador Hélio Campos.</b>	<b>20.02.2019</b>	<b>17h40min.</b>

<b>Dados da Infração</b>		
<b>Cód. Infração</b>	<b>Infração</b>	<b>Qualificação</b>
	<b>Acidente de trânsito sem vítima fatal</b>	

<b>Dados do Comunicante/Vítima</b>							
<b>NOME</b>	<b>Joelson Castro Sales</b>		<b>CPF</b>	<b>814.690.802-06</b>	<b>RG</b>	<b>205703 SSPRR</b>	
<b>DATA NASC.</b>		<b>IDADE</b>	<b>34 anos</b>	<b>SEXO</b>	<b>Masculino</b>	<b>COR</b>	<b>Parda</b>
<b>PAI</b>			<b>MÃE</b>	<b>Darquea Jeane Castro Sales</b>			
<b>ESCOL.</b>			<b>NAT.</b>	<b>Boa Vista - RR</b>		<b>NAC.</b>	<b>Brasileira</b>
<b>TEL.</b>	<b>99175 3852</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Solteiro</b>	<b>PROFISSÃO</b>	<b>Pedreiro</b>		
<b>ENDEREÇO</b>	<b>Rua S - 38, 171 - Senador Hélio Campos.</b>						

<b>Suposto Infrator</b>								
<b>NOME</b>			<b>CPF</b>			<b>RG</b>		
<b>DATA NASC.</b>		<b>IDADE</b>		<b>SEXO</b>		<b>RAÇA</b>		
<b>PAI</b>			<b>MÃE</b>					
<b>ESCOL.</b>			<b>NAT.</b>					
<b>TEL.</b>		<b>ESTADO CIVIL</b>		<b>PROFISSÃO</b>	<b>NAC.</b>			
<b>ENDEREÇO</b>								

<b>Objetos Envolvidos</b>		
<b>Item</b>	<b>Qtd.</b>	<b>Descrição</b>
01	01	Motocicleta Honda/CG 160 Fan ESD, cor preta, placa NAP 8817, chassi final 7803.

**HISTÓRICO**

O(A) comunicante acima qualificado(a) compareceu a esta unidade de polícia distrital para relatar acidente de trânsito envolvendo o seu veículo e um reboque que era puxado por outra motocicleta, da qual o comunicante não conseguiu anotar o número da placa. Informa que ao cruzar com a outra motocicleta, foi surpreendido pelo impacto do reboque vindo de encontro ao comunicante, que foi ao chão com várias fraturas e escoriações. Informa que uma viatura da Polícia Militar esteve no local, juntamente com uma viatura do SAMU, que conduziram o comunicante para o Pronto Socorro do Hospital Geral de Roraima. Diante dos fatos ora apresentados, pede providências à autoridade competente. É o relato sucinto.

O comunicante confere, assina e recebe uma via do presente boletim de ocorrência.



ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
4º DELEGACIA DE POLÍCIA DISTRITAL  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



**Carlos Ernanes Benevenuto Miranda**  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000447

**Joelson Castro Sales**  
Comunicante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA - Patrimônio dos Brasileiros"



AUTO DE INFRAÇÃO

Lei 9.503/97

A PARTIR DA DATA DO COMETIMENTO DESTA INFRAÇÃO DE TRÂNSITO, FICA O CONDUTOR, SENDO ESTE O PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO, NOTIFICADO DA AUTUAÇÃO, PARA QUERENDO, NO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS, APRESENTAR DEFESA DA AUTUAÇÃO, OBSERVADO O DISPOSTO NO ARTIGO 18 E SEU PARÁGRAFO ÚNICO, DA RESOLUÇÃO DO CONTRAN Nº 404/2012.

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO DA AUTUAÇÃO

1.1 - CÓDIGO DO ÓRGÃO AUTUADOR

123100

1.2 - IDENTIFICAÇÃO DO AUTO DE INFRAÇÃO

A157 N°

039041

BLOCO 2 - IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

2.1 - PLACA

123100

2.5 - UF

2.4 - PAÍS

2.2 - MARCA

☐ VW ☐ FIAT ☐ PEUGEOT ☐ GM ☐ TOYOTA ☐ MERCEDES ☐ KIA ☐ FORD ☐ DODGE ☐ RENAULT ☐ MITSUBISHI ☐ AUDI ☐ CITROËN ☐ NISSAN

☐ HONDA ☐ YAMAHA ☐ SUZUKI ☐ SUNDOWN ☐ OUTRA

2.3 - ESPÉCIE

☐ PASSAGEIRO ☐ CARGA ☐ MISTO ☐ TRAÇÃO ☐ COMPETIÇÃO ☐ ESPECIAL ☐ COLEÇÃO

BLOCO 3 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR

3.1 - NOME

WILSON LAZARUS ALVES

3.2 - N° DO DOCUMENTO DE HABILITAÇÃO DO CONDUTOR

3.3 - UF

3.4 - CPF

BLOCO 4 - IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL, DATA E HORA DO COMETIMENTO DA INFRAÇÃO

4.1 - LOCAL

12/12/2014 18:20 039041

4.2 - DATA

4.3 - HORA

4.4 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO

4.5 - NOME DO MUNICÍPIO

4.6 - UF

5.1 - CÓDIGO DA INFRAÇÃO

5.2 - DESD

5.3 - DESCRIÇÃO DA INFRAÇÃO

Cód./Desc.

Descrição da infração

501-0-0 ☐ Dirigir veículo sem possuir CNH/PPD/ACC  
504-5-0 ☐ Dirigir veículo com validade da CNH ou PPD vencida há mais de 30 dias  
516-9-1 ☐ Dirigir sob a influência de álcool  
518-5-1 ☐ Deixar o condutor de usar o cinto de segurança  
518-5-2 ☐ Deixar o passageiro de usar o cinto de segurança  
605-0-1 ☐ Avançar o sinal vermelho do semáforo

Cód./Desc.

Descrição da infração

659-9-2 ☐ Conduzir o veículo registrado que não esteja devidamente licenciado  
661-0-2 ☐ Conduzir o veículo com a característica alterada  
691-2-0 ☐ Conduzir veículo sem os documentos de porte obrigatório referidos no CTB  
703-0-1 ☐ Conduzir motocicleta, motoneta e ciclomotor sem capacete de segurança  
763-3-1 ☐ Dirigir veículo segurando telefone celular  
763-3-2 ☐ Dirigir veículo manuseando telefone celular

TIPO DE MEDIÇÃO

☐ VELOCIDADE (Km/h)

☐ PESO (Kg)

☐ NÍVEL DE RUÍDO (dB)

5.4 - EQUIPAMENTO / INSTRUMENTO DE AFERIÇÃO UTILIZADO - MARCA / MODELO / N° DE SÉRIE

Descrição

5.5 - MEDIÇÃO REALIZADA

5.6 - LIMITE REGULAMENTADO

Marca

Modelo

Número

5.7 - VALOR CONSIDERADO

5.8 - OBSERVAÇÕES

12/12/2014 18:20 039041

BLOCO 7 - IDENTIFICAÇÃO DO EMBARCADOR/TRANSPORTADOR

7.1 - NOME

7.2 - CPF / CNPJ

BLOCO 6 - IDENTIFICAÇÃO DA AUTORIDADE OU DO AGENTE AUTUADOR

6.1 - CÓDIGO DO AGENTE

6.2 - ASSINATURA DO AGENTE

BLOCO 9 - ASSINATURA DO CONDUTOR

9.1 - ASSINATURA

1ª VIA - DETRAN

2ª VIA - CONDUTOR

3ª VIA - AGENTE / BLOCO



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do seguro ou AS: 81469080206 3 - Cód. vítima: 300 J. 4 - Nome completo da vítima: William Pontes Sales

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

5 - Nome completo: William Pontes Sales 6 - SP: 31469080206  
7 - Profissão: Servidor Público 8 - Endereço: Rua Barão do Rio Branco 9 - Número: 157 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Vila Pompéia 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 07316-25  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD) 11 13 3855

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RLUSSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SFM RENDA ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ ELABORADOR

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para beneficiários com idade até 18 anos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (164)  
AGÊNCIA: 3905 CONTA: 00009033  
☐ CONTA CORRENTE (Indenizável)  
Nome do BANCO:   
AGÊNCIA: CONTA:

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
  - O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
  - O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

Declaro que este arrolamento não significa prévia concordância com a perícia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Nome do beneficiário: ☐ Sobrinho ☐ Sobrinha ☐ Filho ☐ Filha ☐ Neto ☐ Neta ☐ Outros: ☐

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou comprovante(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se alguma delas compor(a) eu(s), informar o nome completo:

28 - Vítima vive? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se sim, informar endereço: 30 - Vítima possui assinatura (assinatura)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima vive? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se sim, informar endereço: 33 - Vítima possui assinatura (assinatura)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte decorrente de lesões que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do valor recebido, além da aplicação penal prevista no Artigo 259 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a pedido (se não):  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (se não):  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (se não):  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (se não):  
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura do beneficiário  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura do beneficiário

40 - Nome e Data: 300 J. 07.10.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): William Pontes Sales

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  
43 - Assinatura do Promotor (se houver): William Pontes Sales Promotor



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

0298

UNIDADE:

BRAVO III

EQUIPE:

Daiame / Narabon



Paciente: TOELSON CASTRO SALES

Idade: 34

Sexo: M

Nacionalidade: Brasileira

Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena [ ] Etnia

Endereço: HC 14 - PX:

Bairro: Enxada Húlio

Nº 2792

DATA: 20/02/19

HORA J/9:

18:23

BASE VIA ( )

( ) RÁDIO

Médico (a) Regulador (a):

Dr. Paulo F. F. F.

HORA J/10:

18:50

( ) CELULAR

MOTIVO INICIAL

moto x moto (carrosinha)

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ( )

1 a 3 horas ( )

4 a 24 horas ( )

Mais de 24 horas ( )

Não sabe ( )

## TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

☒ Acidente de trânsito☐ Agressão física / espancamento☐ Agressão física - FAF☐ Agressão física - FAB☐ Urgência psiquiátrica☐ Tentativa de suicídio☐ Envenenamento☐ Afogamento☐ Queimadura☐ Choque elétrico☐ Queda☐ Urgência clínica☐ Urgência obstétrica☐ Transferência☐ Exame complementar☐ Outros

## ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA

MEIO DE LOCOMOÇÃO

OUTRA PARTE ENVOLVIDA

ITENS DE SEGURANÇA

☒ Pedestre☒ Condutor☒ Passageiro☐ Ignorado☐ A pé☐ Automóvel☒ Motocicleta☐ Bicicleta☐ Ônibus☐ Micro-ônibus☐ Outro☐ Automóvel☐ Motocicleta☐ Ônibus☐ Micro-ônibus☐ Bicicleta☐ Animal☐ Outro☐ Capacete☐ Cinto de segurança☐ Airbag☐ Assento para criança

## AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS

VENTILAÇÃO

CIRCULAÇÃO

AVAL. NEUROLÓGICA

☒ Livre☐ Obstrução Parcial☐ Obstrução Total☐ Corpo estranho☐ Outro:☐ Apnéia☐ Dispnéia☐ Bradpnéia☐ Taquipnéia☐ Bradicárdico☐ Taquicárdico☐ Enchimento capilar acima de 2"☐ Pulso radial ausente☐ Pulso central ausente☐ Cianose central☐ Extremidade☐ Miose☐ Midriase☐ Anisocoria [ ] D [ ] E☐ Aparentemente Alcoolizado☐ Agitação psicomotora

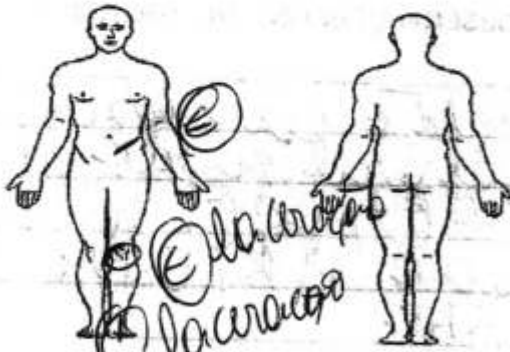
## SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 19:08	120/80	76	19	100				
Fim 19:23	120/80	77	19	100				

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA

- 1 - Dor
- 2 - Hematoma
- 3 - Contusão
- 4 - Escoriação
- 5 - Laceração
- 6 - Luxação
- 7 - Fratura fechada
- 8 - Fratura exposta
- 9 - Amputação
- 10 - Evisceração
- 11 - Afundamento de crânio
- 12 - Ferimento penetrante
- 13 - Tórax instável
- 14 - Enfisema subcutâneo
- 15 - Ferida aspirativa
- 16 - Empalamento
- 17 - Outros



ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Ao comando
- 2 - À dor
- 1 - Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confuso
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza a dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

☐ Ritmo Sinusal☐ Taquicardia Sinusal☐ Flutter Atrial☐ Fibrilação atrial☐ FV☐ TV☐ AESP☐ Assistolia☐ Neurológica☐ Respiratória☐ Cardiovascular☐ Digestiva☐ Metabólica☐ Infecçiosa☐ Diabetes☐ Cardiopatia☐ HAS☐ Medicação de uso☐ Alergias☐ Outros

GRAVIDADE COMPROVADA

☐ Ileso☐ Pequena☒ Média☐ Severa☐ Óbito

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Dr. Marcos Felipe Diniz

Médico

CRM/RN 12345

SAMU 192-BV  
CONFERE COM ORIGINAL

Em 27/09/19

Rubrica

VELOS

ACIONADOS

☐ Polícia Militar☐ Guarda Municipal☐ SMTRAN

Bombeiro

Corpo

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

INCIDENTES

- ☐ Cancelamento
- ☐ Recusa de Atendimento
- ☐ Não se encontrava no local
- ☐ Trote
- ☐ Hospitalização



PERTINENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE							
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input checked="" type="checkbox"/> Partes fetais na vulva					
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante					
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas				
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input checked="" type="checkbox"/> Curativos				
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal				
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência				
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação				
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:				
<input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° 18	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n°	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Dipirona	2g	EV	19:08				
SFB, 91.800ml		EV	19:08				

# OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

vítima de colisão carrozinha da moto  
x moto LOTE verbalizando, apresentando  
flanco (E), joelho (E), pe (E) lacerações, C/SSUV  
preservado, ao MR, ao AT  
em apoio a SAV.

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 27/09/19
C. B. B. B.
Rubrica

Diurnal 809.347

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: JOELSON CASTRO SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000009033-1

---

Nr. da Autenticação C4C55307931B054A



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

003301566

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

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	267	237,56

ELIETE ARAUJO DA SILVA  
R. CC 11 294 LAURA MOREIRA  
CPF: 00035469900215  
CEP: 69.318-050 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.291200

02128-030 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.291200

DADOS DA LEITURA		KWH	KVARI	DADOS DA LEITURA	
Atual:		37543		Atual:	23/07/2019
Anterior:		37276		Anterior:	21/06/2019
Constante de Multiplicação:		1,000		Próxima Leitura:	23/08/2019
Consumo Medido:		267		Emissão:	22/07/2019
Consumo Faturado:		267	FCAH	Apresentação:	23/07/2019
NORMAL					

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	B1	17EDB06955	U-74-1801	1.7.1.1	253

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 147	CONSUMO 267 A R\$ 0,764002 = 204,14
MAI/19 212	CORRECAO MONETARIA DA 05/19-00 0,04
ABR/19 239	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 0,88
MAR/19 182	MULTA POR ATRASO DE 1 05/19-00 1,56
FEV/19 170	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 0,29
JAN/19 294	MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,27
DEZ/18 210	JUROS DE MORA DE IHPO 05/19-00 1,85
NOV/18 280	ILUMINACAO PUBLICA 25,53
OUT/18 292	
SET/18 229	

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 267 - 0,634620

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

Mes/Ano: 06/2019 Valor: R\$ 148,63  
LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16 CL 16-21-20

RESERVADO AO FISCO DE 75.C105.6B3A.03DA.50B9.E3EB.AB69.3F13

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 52,45	Base de Cálculo: 204,14
Energia: 111,22	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 34,70
Encargos: 5,77	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 34,70	Valor do COFINS: 0,00

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
6,55			13,00			1,13

DISTRITO

ROT: 7.001.28.01.291200



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0070349-4

TOTAL A PAGAR - R\$

237,56

MÊS FATURADO

07/2019

VENCIMENTO

06/08/2019

Nº da Nota Fiscal:

003301566 FCAH

836200000002 1 375600/5000 0 00000000/0 3 34940/19008 2



SEQ.: 00182 UC: 0070349-4 DT.LEIT.: 23/07/2019 T.ENTR.: 04  
LEITURA: 37543 NORMAL TOTAL: 237,56 CARGA: 015  
DT.VENC.: 06/08/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1231

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343/70 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jailson Castro Sales inscrito (a) no CPF sob o Nº 814.690.802/06 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Jailson Castro Sales, inscrito (a) no CPF sob o Nº 814.690.802/06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>CC. 11</u>		Número <u>294</u>	Complemento
Bairro <u>Barro Branco</u>	Cidade <u>B309 Uirapuru</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.318-050</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>991133855</u>

Boavista, 08 de outubro de 19  
Local e Data

William Gonçalves Franco  
Assinatura do Declarante

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAL (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Francisco de Oliveira Araújo

RG nº 554 750-4, data de expedição 07/08/2018

Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 404.549.112-49

com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de

Roraima, onde residu na (Rua/Avenida/Estrada)

Luiz Reis Cristó, nº 760

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Joelson Castro Sales, cujo o condutor era

Joelson Castro Sales

Veículo: PAS / MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG FAN ESD Ano: 2016-2016

Placa: NAP 8817 Classi: 9C2K 220068067803

Data do Acidente: 20/02/2019

Local e Data: BOA VISTA / RR 10/06/2019



Francisco de Oliveira Araújo

Assinatura do Declarante



Joelson Castro Sales

Assinatura do Condutor

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



5.6.1  
 5.6.2  
 5.6.3

Faça o seguinte ~~feito~~  
~~feito~~ (isto)

1ººº São em julho (E)  
com as seguintes  
instituições de Porto  
Alegre. Solicito de  
julho (E) para definir se de  
cont. 60 (E) de Janeiro.

Bom dia de 10 de Janeiro (D)

Presença: o gentleman L. 10 (E) por  
o gentleman 60 (E) por.

① 100, 500 mil em ago.

após o mês de 10 de  
C. 100 100.

*[Signature]*  
100 100 100 100



# NIR

Trans: 04/03/19

## FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

4 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: JOSE ROBERTO LIMA

5 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO

10111

6 - SEXO

M

7 - DATA DO NASCIMENTO  
8 - DATA DO NASCIMENTO

10/10/84

9 - ENDEREÇO DO PACIENTE

10 - NOME DO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

Dona S. S. S. Sem. Helio Campos

11 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL

Bara Vista

12 - ENDEREÇO DA INTERNAÇÃO

13 - ENDEREÇO DO PACIENTE

João Carlos em UCI

14 - ENDEREÇO DO PACIENTE

772 Cururu

15 - PRINCIPAIS DOENÇAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

HT + Ex. Lin

16 - HISTÓRICO DO DIAGNÓSTICO

HT + Ex. Lin

17 - PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - ENDEREÇO DO PACIENTE

772 Cururu

19 - ENDEREÇO DO PACIENTE

772 Cururu

20 - ENDEREÇO DO PACIENTE

772 Cururu

21 - ENDEREÇO DO PACIENTE

772 Cururu

22 - ENDEREÇO DO PACIENTE

772 Cururu

23 - PRECISAR EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES QUE NÃO SEJA)

24 - ENDEREÇO DO PACIENTE

25 - ENDEREÇO DO PACIENTE

772 Cururu

26 - ENDEREÇO DO PACIENTE

772 Cururu

27 - ENDEREÇO DO PACIENTE

772 Cururu

28 - ENDEREÇO DO PACIENTE

772 Cururu

29 - ENDEREÇO DO PACIENTE

772 Cururu

30 - ENDEREÇO DO PACIENTE

772 Cururu

31 - ENDEREÇO DO PACIENTE

772 Cururu

32 - ENDEREÇO DO PACIENTE

772 Cururu

33 - ENDEREÇO DO PACIENTE

772 Cururu

AUTORIZAÇÃO

14 - ENDEREÇO DO PACIENTE

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE

0408050624

5724

772

772

772

772

772

772

772

772





GOBIERNO DE HONDURAS  
MINISTERIO DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

# CERTIFICADO DE ATENCIÓN

TIPO DE ATENCIÓN:

Ortodoncia yoello (B) - Fracturas Externas

Fecha: 20/02/13 NO. DE PROMOCIÓN: \_\_\_\_\_

Nombre: Joelson Castro Salas Edad: 34

Sexo: \_\_\_\_\_ Internado: No Si

Código: \_\_\_\_\_

Atendido por: Raimundo, Manzo

Localidad de procedencia: \_\_\_\_\_

Material utilizado:

Al Fixador Externo 300 mm

Lote: 05C200 Código: P09 E 208  
DIFUSIÓN DE FARMACOS ORALES Y INYECTABLES  
TEL: 00439 82200100 - 00439 82200100  
Fabric: 25/08/2017 Val: 10/10/2022  
Registro ANVISA N°: ECC03850031  
Material: Aço Inox 316L  
Luz Gutierrez  
CNPJ: 04.859.822/0001-00  
Tel: +52 19 3036-1910

Lote: 082603 Código: AF35 B 093  
Luz Gutierrez  
Fabric: 15/08/2017 Val: 10/10/2022  
Registro ANVISA N°: ECC03850026  
Material: Aço Inox F138  
Luz Gutierrez  
CNPJ: 04.859.822/0001-00  
Tel: +52 19 3036-1910

Dr. Marcos Brander  
Ortodoncia  
CRM 105770

1. V. V. PROMOTOR DEL PACIENTE

2. V. V. CIEP



### FICHA DE ANESTESIA

*Adeline*

ΕΠΕ-ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ-ΟΡΘΟ-ΠΕΔΙΟ

22

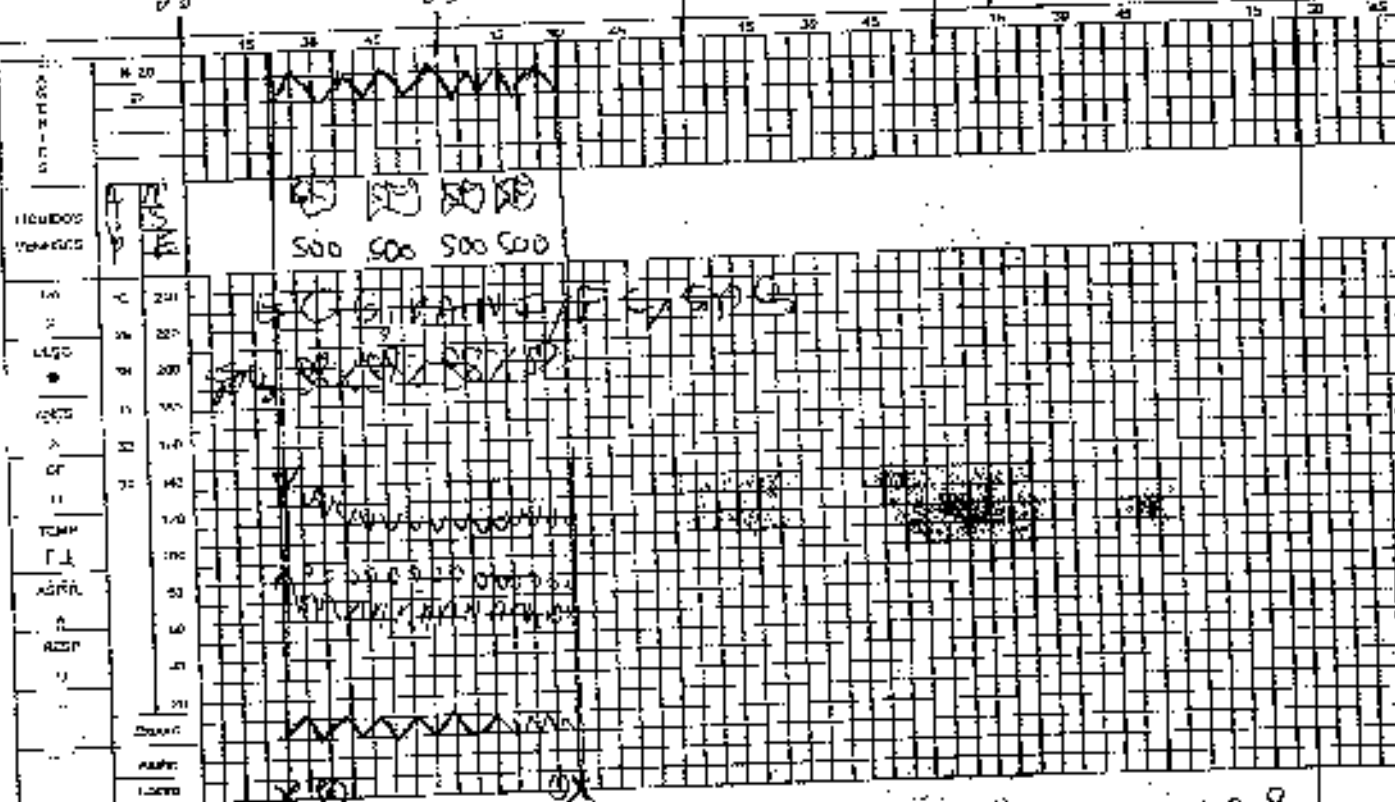
22

24

○

21

① 1948



19. 2. 8

AGENCY: Pharmaceuticals 0.5% 15mg 15mg

Responsible for the  
 1st. 2nd. 3rd. 4th.  
 5th. 6th. 7th. 8th.  
 9th. 10th. 11th. 12th.

1) medicamentos + Jack life  
 2) Exatol 100mg (iv) + meteglicina 2  
 3) Amoxicilina 200mg/ml de injec  
 4) Amoxicilina 200mg/ml de injec  
 5) Amoxicilina 200mg/ml de injec  
 6) Amoxicilina 200mg/ml de injec  
 7) Amoxicilina 200mg/ml de injec  
 8) Amoxicilina 200mg/ml de injec  
 9) Amoxicilina 200mg/ml de injec  
 10) Amoxicilina 200mg/ml de injec

ST 0.572000ml

Canada - 100% On the Right  
 Mexico - 100% On the Right  
 US - 100% On the Right  
 Cuba - 100% On the Right  
 Venezuela - 100% On the Right  
 Brazil - 100% On the Right  
 Argentina - 100% On the Right  
 Chile - 100% On the Right  
 Peru - 100% On the Right  
 Colombia - 100% On the Right  
 Ecuador - 100% On the Right  
 Bolivia - 100% On the Right  
 Paraguay - 100% On the Right  
 Uruguay - 100% On the Right  
 Costa Rica - 100% On the Right  
 Panama - 100% On the Right  
 Honduras - 100% On the Right  
 Nicaragua - 100% On the Right  
 El Salvador - 100% On the Right  
 Guatemala - 100% On the Right  
 Belize - 100% On the Right  
 Dominican Republic - 100% On the Right  
 Haiti - 100% On the Right  
 Cuba - 100% On the Right  
 Venezuela - 100% On the Right  
 Brazil - 100% On the Right  
 Argentina - 100% On the Right  
 Chile - 100% On the Right  
 Peru - 100% On the Right  
 Colombia - 100% On the Right  
 Ecuador - 100% On the Right  
 Bolivia - 100% On the Right  
 Paraguay - 100% On the Right  
 Uruguay - 100% On the Right  
 Costa Rica - 100% On the Right  
 Panama - 100% On the Right  
 Honduras - 100% On the Right  
 Nicaragua - 100% On the Right  
 El Salvador - 100% On the Right  
 Guatemala - 100% On the Right  
 Belize - 100% On the Right  
 Dominican Republic - 100% On the Right  
 Haiti - 100% On the Right

TOTAL 2.000 ml

— 27:20 23.30

TT:0 Amirgha

de Fructus Cynostri  
Art. 1

64-6124 Dr. E. E. E.

3401 CHICK Dr. Mack

R J. Daniels

Q3 movie  
Q3 Related



W. J. K. K. K.

*Journal of Management Inquiry* 18(6)

... 2000

Language: <i>Arabic</i> Location: <i>Algeria</i> Species: <i>Algeria</i>	Name: <i>Algeria</i> Name: <i>Algeria</i>
--	--

1950

(9) Amoxiclav 600 mg IV

5. Gentamicin 240 mg (iv)

1990

~~Entered a SARA~~



410-1

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Person (signature)

Data: 20/02/19 O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

TIPO DE INTERVENÇÃO:

INDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

QUIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente com RHA 70% Anest. Antitét. + A. 100%.
- ② pul. 100. 500. 95.
- ③ 1000mm
- ④ fixar 600mm 1000mm
- ⑤ RHA

Dr. Marcus Brunner  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 101718



2.3.3.3

Conversion: 100%

.....

[illegible][illegible]

	S.M.-SSG	VENUSO	S.O.J.R.N.S.	Balancing rubrics				

	ethanol	CH <sub>3</sub>	5.95	Direct	Direct	1.00	0.00
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>							
CH <sub>2</sub>							
CH							
CH <sub>3</sub>			</				

1. *Phragmites australis* (Rostk & Schmidt) Bosc.

**THE**

[illegible]

**FORMULÁRIO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

NOME DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Antecedente de Doença e 2 Doença

Doença Doença Doença Doença

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE ESTÃO PRESENTES E EM NOVA FUNÇÃO: ( ) Sim ( ) Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM ASSINAR E ASSINAR:

( ) Não assinado  
( ) Não assinado

**EVENTOS OCORRIDOS E REVENTIVOS:**

( ) REVISÃO DO CIRURGIÃO:  
Quais são os exames físicos ou laboratoriais, a ser feitos antes da operação e a perda sanguínea prevista.

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:  
A equipe deve estar preparada para o manejo do paciente.

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ENTERRAMENTO:  
Os materiais necessários, os instrumentos, os materiais e os recursos estão disponíveis e dentro do validade de uso.

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ENTERRAMENTO:  
A equipe deve estar preparada para o manejo do paciente.

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ENTERRAMENTO:  
A equipe deve estar preparada para o manejo do paciente.

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ENTERRAMENTO:  
A equipe deve estar preparada para o manejo do paciente.

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ENTERRAMENTO:  
A equipe deve estar preparada para o manejo do paciente.

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENTERRAMENTO E DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO: REGISTRADO

2- SE AS CONDIÇÕES DE INSTALAÇÃO CIRÚRGICA, COMPRESSAS E AGULHAS SÃO CONCRETAS

( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO CIRURGIÃO)

( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

( ) Sim ( ) Não

( ) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENTERRAMENTO DEVEM ASSINAR E ASSINAR PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE

( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Anestesiologista

Assinatura do Enfermeiro

Assinatura

Assinatura

Assinatura



## PRESCRIÇÃO DIÁRIA

Hospital de Referência - Botafogo  
Rua ... nº ...

CIDADE / ESTADO

QUANTO

240

LEITO

1

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE

Joaquim Carlos Soares

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA / HORA

20/07/14

PRESCRIÇÃO

Prescrição

HOMENHO

SND

manut

20/07/14

20/07/14

RACIA

RACIA

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Evolução

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

06 - 06/07/14

PCT 40. Sódio Clorido 0.9% 20g, substituído do  
sódio clorídicoPrescrição de Farmacos  
EspecializadaDr. ...  
Médico Residente  
Ouro Preto e Minas Gerais  
CRM 154.414Assinatura do Médico  
Residente



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

FCR

DN 10/10/1984

DATA DE ADMISSÃO 20/02/2019 DIH

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

AGNÓSTIC FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALERGIAS HAS DM2 21/02/2019

IDADE 34 LEITO 410-1 DATA 21/02/2019

ITEM PRESCRIÇÃO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 AVP

4 CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS

7 GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1, 21/02)

8 FLAS 10MG EV 8/8H S/N

9 DAPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N

10 TRAMAL 100MG + SF0,8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 OMLPRAZOL 40MG IV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

14 BSVV + CCGG 6/6 H

15 CURATIVO DIÁRIO

16

17

18

19

20

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

VOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
EXAME FÍSICO: BFG, IOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

8 H	PA	FC	FR	T
12 H	100/60	68	20	36,6
18 H	120/80	68	20	36,6
24 H	DEFICIT DE FUNC.			

Dr. Quinchi Osmir  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia  
Rm 1851-RH

22/02/2019  
Odell

4140  
1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

440  
1

DATA DE ADMISSÃO	20/02/2019	DIH	DN	10/10/19
PACIENTE	JOELSON CASTRO SALES			
AGNÓTI	FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE	34	LEITO	410-1	DATA 22/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	AVP			
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS			
7	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1, 21/02)			
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DL 6/6H S/N			
10	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PA5 > 160 L OU PAD > 110 MMHG			
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N			
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP VO S/N			
14	SSVV + CCGG 6/6 H			
15	CURATIVO DIÁRIO			
16				
17				
18				
19				
20	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 QU GLICOSE ≤ 70 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
EXAME FÍSICO: REG, LÓTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, APLÉRI, PULNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/80	65	-	36.3
18 H	120/56	55	19	36.4
24 H	110/60	60	20	36.4

Dr. Odinechi Okemir  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia  
Crm 1851 RR



940-1



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



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO: 20/02/2019      DIH:      DN: 10/10/1984

PACIENTE: **JOELSON CASTRO SALES**

AGNÓSTICO: **FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL**

ALERGIAS:      HAS:      DM2:      DATA: 24/02/2019

IDADE: 34      LEITO: 410-1      HORÁRIO:      PRESCRIÇÃO:

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIFTA ORAL LIVRE	SAUS
2	AVP	12/18/24/06
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/8HRS	
7	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1: 21/02)	
8	PIASIL 10MG EV 8/8H S/N	SAUS
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N	SAUS
10	TRAMAL 120MG + SI 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SAUS
11	CAPTAPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V O S/N	
14	SSVV + CCGG 8/8 H	Rotina
15	CURATIVO DIÁRIO	
16		
17		
18		
19		
20	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% 4U ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

**VOLUÇÃO MÉDICA:**

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
 EXAME FÍSICO: REG, LOITE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUPNFICO,  
 NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
 CONDUTA: MANEJO

SINAIS VITAIS					Dr. Odilacir Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia CRM 1853-PA
6 H	PA	FC	FR		
12 H	120/76	80	29	36.2	
18 H	130/80	74	28	36.2	
24 H	130/80	74	29 bpm	36.2	
06h 130/60 79 29 bpm 36.4					





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 20/02/2019 DIH DN 10/10/198  
PACIENTE JOELSON CASTRO SALES  
AGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL  
ALERGIAS HAS DM2  
IDADE 34 LEITO 410-1 DATA 25/02/2019  
ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIFLA ORAL LIVRE	
2	AVP	
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/8H IRS	
7	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D: 21:02)	
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N	06/00 11:03 20/02/19
10	TRAMAL 100MG + SFO 5% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTUPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 5/N	
14	SSVV + CCOG 6/6 H	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16		
17		
18		
19		
20	<p><b>SE DIABÉTICO</b> 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 DLMI, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ALICONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
EXAME FÍSICO: B/G, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, APLURIL, PUPNÍFICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDIÇÃO: MANTIDA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H	141/71	62	20
12 H	141/71	62	20
18 H	130/72	64	20
24 H			

Dr Odinaeli Okemini  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia  
CRM 1451-RR

Obs: Agendada pl 28/02/19, as 14hs, na  
NEURSCAN!

Dr Odinaeli Okemini  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia  
CRM 1451-RR



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	20/02/2019	DIH	DN	10/10/1984
PACIENTE	JOELSON CASTRO SALES			
AGNOSTICAR	FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE	34	LEITO	410-1	DATA 26/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			
1	DILTA ORAL LIVRE			
2	AVP			
4	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS			
7	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1; 21/02)			
8	PLASII 10MG LV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 10 EV DE 8/8H S/N			
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SL PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG			
12	SIMPLICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
13	OMEPRAZOL 40MG LV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N			
14	SSVV + CCGG 6/8 H			
15	CURATIVO DIÁRIO			
16				
17				
18				
19				
20	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			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

4 ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANCÉRICO, AFEBRIL, PULNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUZA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130x70	68	18	36.0
18 H	129x71	64	19	35.8°C
24 H	125x65	68	20	37.3°C
06 H	124x60	56	18	36.4

Dr. Guilherme Okemir  
Residência de Ortopedia e  
Traumatologia  
CRM 1853-RR



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	20/02/2019	DIH	DN	10/10/1981
PACIENTE	JOELSON CASTRO SALES			
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE	34	LEITO	410-1	DATA 27/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	AVP			
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS			
7	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1: 21/02)			
8	PLASER 10MG EV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/6H S/N			
10	TRAMAL 100MG + SFQ 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 I OU PAD > 110 MMHG			
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N			
14	SSVV + CCGG 8/8 H			
15	CURATIVO DIÁRIO			
16				
17				
18				
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SU) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI L QU GLICOSE > 70 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
#EXAME FÍSICO: REG. LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, PULNFICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUITA; MANTIDA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	114x63	64	20
18 H	126x64	62	20
24 H	130x70	76	19

Dr. Odinachi Okemini  
Residente Do Ortopedia e Traumatologia  
Crm 1851 RR

Oba 120/70/70 19 36/5



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 20/02/2019 DIH DN 10/10/1984

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

AGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALERGIAS

IDADE 34

LEITO 410-1

DM2

DATA 28/02/2019

HORÁRIO

ITEM

1 DIETA ORAL LIVRE

2 AVP

4 CLINDAMICINA 600MG EV 6/8HRS

7 GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1; 21/02)

8 PLASIL 10MG EV 6/8H S/N

9 DILIPRONA 1G EV DE 6/8H S/N

10 TRAMAL 100MG + SFD 0,9% 100ML LV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SL PAS > 160 OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

14 SSVV + CCGC 6/8 H

15 CURATIVO DIÁRIO

16

17

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# INCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

# EXAME FÍSICO: BFG, IOTL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANEJO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	T
12 H	108/67	66	-	36,8°
18 H	126 x 67	60	20	35,0°
24 H	113 x 65	62	19	36,2°

Dr. Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
traumatologia  
CRA 151.111-1

410-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 20/02/2019 DIH DN 10/10/1984

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES  
AGNOSTIC FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALERGIAS HAS DM2  
LEITO 410-1 DATA 01/03/2019

IDADE 34 PRESCRIÇÃO HORÁRIO

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIFTA ORAL LIVRL	5:00
2	AVP	12:40
4	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS	12:40
7	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (DI: 21/02)	12:40
6	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	12:40
9	DIPYRONA 1G EV DE 6/6H S/N	12:40
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	12:40
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	12:40
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	12:40
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	12:40
14	SSVV + CCGO 5/6 H	12:40
15	CURATIVO DIÁRIO	12:40
16		12:40
17		12:40
18		12:40
19		12:40
20		12:40
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250. 2UI: 251-300. 4UI: 321-350. 6UI: 351-400. 8UI: 401-450. 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		12:40

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
#EXAME FÍSICO: BGL, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	OT
6 H	114/69	60	18	36,1
12 H	114/69	60	18	36,1
18 H	114/61	67	sem alteração	36,1
24 H				

Dr. Guilherme Okamoto  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia  
CRM 1881 RR

40-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DN 10/10/1984

DATA DE ADMISSÃO 20/02/2019 DIH

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

PACIENTE	JOELSON CASTRO SALES
AGNOSTIC	FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

AGNOSTICIDADE	FRATURAS	EXOSQUELETO	HAS	DM2	02/03/2019
ALERGIAS			15/10	DATA	

LEITURA	34	LEITO	410-1	DATA	20/01/2011	HORARIO	11:00
IDADE		PRESCRIÇÃO					

ITEM	PRESCRIÇÃO
01	CONDOMÍNIO

1 DIFFERENTIAL WIRE

2	AVP		
4	ICUNDAMICINA 600MG EV 6/6HRS	VE	12-18-21

4	CLINDAMICINA 300MG E 600MG		
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 5/N		

[illegible]

8	PIRONA 1G EV DE 5/8H 5/N	5/8H 5/N	5/8H 5/N
9	PIRONA 1G EV DE 5/8H SE DOR INTENSA	5/8H SE DOR INTENSA	5/8H SE DOR INTENSA

	TIRAMOL + COMG + SF+0.9% 100MLEV DF 8/H SE DSR IN	S/N 57
--	---	-----------

11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E GOTAS	5N
	CLASIFICACION 1 CP ON 40 GOTAS V.O 8/8 HRS SIN	

12	STIMULICINA 1 CP OS 45 GOMME VIOLETA	<i>[Signature]</i>
13	CURATIVO DIÁRIO	<i>[Signature]</i>

[illegible]

14

15

15	
16	

[illegible]

13	
----	--

19	
20	NAME: F5 CULL AB (SC)

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  $\leq 70$  DL/MI, GLICOSE

**SE DIABÉTICO** 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  $\leq 70$  D/LMI, GLICOSE  
50% 40 ML LV + AVISAR PLANTONISTA

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

#PREVISÃO DE ALTA: SLM PREVISÃO  
CONDUITA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x80	90	-	30.1°
18 H	120x76	90	-	35.3
24 H	115x71	72	19	36°C
6:00	119x72	68	19	35.8°

Dr. Ovidiu Dikemir  
Resident de Ortopedie e  
Traumatologie  
Perm 1851-RR

APLO  
Nativized the  
the common name  
Perkins (1910)  
M.S. 10.      And the name of the  
Tern - *Sterna bergii*  
which is called *Sterna bergii*



410-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO 20/02/2019 DIH DN 10/10/1984

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

AGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALÉRGICAS HAS DM2  
34 LEITO 410-1 DATA 03/03/2019

IDADE 34 PRESCRIÇÃO HORARIO  
ITEM S/N

1 DIETA ORAL LIVRE

2 AVP

4 CLINDAMICINA 600MG EV 6/8HRS

7 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

8 PIASIL 10MG EV 8/8H S/N

9 DIPIRONA 1G LV DE 6/6H S/N

10 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG

12 SIMILTICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 CURATIVO DIÁRIO

14 SSVV + CCGG 8/8 H

15

16

17

18

19

20

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 QU GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE  
50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFBRII, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUTA: MANTIDA

SSVV 06h  
PA 720/80  
FC 88  
T 35,3

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	130/60	64	33,3

Dr. Edinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia  
CRM 1851-RR



HOSPITAL DE REGUARDA

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

REGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu JOELSON CARLOS SALAS

Sou informado que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo setor médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Reguarda - HGR.

Declaro que:

1.) Foi informado que a internação no Hospital de Reguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais na média complexidade e de ser atendido.

2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de internação para o Hospital Geral de Reguarda, caso não faça necessário, por motivo:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento especializado;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade à assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Reguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou parágrafos com as quais não concordasse.

Boa Vista, 01 de 03 de 20 19.Assinatura do paciente: Joelson Carlos Salas

Responsável:

Assinatura:

Nome:

CPF nº:

Grau de Parentesco:

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente ou responsável ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, 04 de 02 de 20 19 Hora:

Nome Completo:

Assinatura do Médico:

CRM:

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

## Lauda Médico

Johnson Castro Sales, CPF 83469080206, vítima de acidente de moto, compareceu ao atendimento 1901075678, tendo trauma em braço e joelho esquerdo. Foi realizado inicialmente tratamento com fixador externo em joelho esquerdo. Após alta médica, iniciando evolução com limitação de mobilidade de joelho para flexão, comprometimento na marcha, limitação para esforços repetitivos com membros inferiores esquerdo, comprometendo suas atividades laborativas.

Conclusão: Iniciando apresentando sequelas funcionais permanentes em membros inferiores esquerdo.

Boa Vista, 27/08/2019

Francisco Ferreira Farias Júnior  
Médico Legista  
CRM 365/RR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
JOELSON CASTRO SALES

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSORA  
205703 SSP RR

CPF  
814.690.802-06

DATA NASCIMENTO  
10/10/1987

FUNCAO  
DARQUEA JEANE CASTRO  
SALES

PERMISSAO  
B  
ACC  
B  
CATIMA  
A1

INSCRICAO  
04128524637

VALIDADE  
16/06/2019

EMISSAO  
27/06/2007

VALIDADE EM TODOS  
OS TERRITORIOS NACIONAIS  
905255020

OBSERVACOES

*Joelson Castro Sales*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSAO  
27/06/2014

75554230028  
RR207542198

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - RR (RORAIMA)

905255020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



*William Gonçalves Franco*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 239717 DATA DE EXPEDIÇÃO: 13/10/2016

NOME: WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO: GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE: SANTA INÊS - MA DATA DE NASCIMENTO: 09/12/1978

DOC. ORIGEM: CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI  
Perito Psiquiátrico da Polícia Civil  
Diretor do IOD

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DETRAN - RR

Nº 011624483458

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA 01 COD RENAVAM 51049378410  
01 01092618072

NOME/ENDERECO  
FRANCISCO DE OLIVEIRA ARAUJO  
R LUIZ REIS CRISTO L17  
EQUATORIAL - BN  
BOA VISTA-RR 69317338

CHASSI PLACA  
404.649/112-49 NAP8917

NOME ANTERIOR  
RURATHA MOTORES LTDA

PLACA ANT/LP CHASSI  
9C2KC22000067803

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
PAS/MOTOCICLETA/NAO AER ALCO/GABOR

MARCA/MODELO ANO FAB ANO M  
HONDA/CG 160 EAM 2016 20

CAP/POT/CL COFESSAO COR PREDOMINANTE  
2P/0162CC/ FURCU PRETA

RESERVAS  
AL FID. BANCO HONDA S/A \* PROIB SAIR DA  
AMAZ OCID \* VALIA DUMENTE PARA TRANS  
GUAR E EM LOCALS GUAR

LOCAL DATA  
BOA VISTA-RR 27/07/20

DETRAN

CONTRON

*Luiz Djalma de Silva de Castro*  
Diretor Presidente Interino  
DETRAN-RR

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do sinistro:	3190577703
Nome do(a) Examinado(a):	JOELSON CASTRO SALES
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA IGRAÇA CORREA DA COSTA 157 SENADOR HÉLIO CAMPOS
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	814.690.802-06
Data e local do acidente:	20/02/2019 SENADOR HELIO CAMPOS - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 21/10/2019

**Resultado da Avaliação Médica**

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

VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO COM CONSEQUENTE TRAUMATISMO NO MIE- FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR E

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

VITIMA FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR 4-5 MESES, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM SETEMBRO DE 2019

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

MIE: ALTERAÇÃO ANATÔMICA EM JOELHO E SUGESTIVA DE GONARTROSE + LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO E EM GRAU ACENTUADO + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DO MEMBRO

**IV) Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

( X ) SIM ( ) NÃO

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

( X ) SIM ( ) NÃO

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

MIE: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO/FUNCIONAL EM GRAU MODERADO

**VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_ dias.

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

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

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**Região Corporal (Sequela):**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**Região Corporal (Sequela):**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo



**Região Corporal (Sequela):**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII) .\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho  
Médica do Trabalho  
CRM/RR 1032  
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR