

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/02/2019

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 médica-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 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577703
Vítima: JOELSON CASTRO SALES

Cidade: Boa Vista
Data do acidente: 20/02/2019

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame APRESENTA FORÇA MOTORA DO MEMBRO DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO EM FÍSICO: 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 APRESENTA FORÇA MOTORA DO MEMBRO DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO EM FÍSICO: 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.

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

OUTORANTE:

NOME: Jelson Castro Soles
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Pedreiro RG:
CPF: 814.690.802-06 ENDEREÇO: R. Ignácio Correa da Costa - 157
BAIRRO: Semeador Hílio Correia CIDADE: Boa Vista
CEP 69.336-6

VÍTIMA: Jelson Castro Soles
CPF: 814.690.802-06 DATA DO ACIDENTE: 20.02.19
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORADA:

NOME: William Gonçalves Ferreira
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Construtor
Nº DO RG: 239917 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/R.R.
DATA DE EMISSÃO: 13/10/2016
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: R. CC13 294 - Centro, Cidadao

PÓDERES:

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 2019

Jelson castro soles
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



Jelson castro soles



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352797/19

Vítima: JOELSON CASTRO SALES

CPF: 814.690.802-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/02/2019

Titular do CPF: JOELSON CASTRO SALES

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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 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

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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.

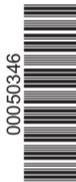
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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

Rio de Janeiro, 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.

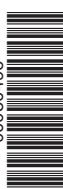
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ
PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

Administradora do Seguro DPVAT

 INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

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:
*81469080206*4 - Nome completo da vítima:
*Jelson Castro Sales*5 - Nome completo:
*Jelson Castro Sales*6 - CPF:
*81469080206*7 - Profissão:
*Serviços gerais*8 - Endereço:
*Rua das Corvinas do Ceará*9 - Número:
*167*10 - Complemento:
*lcr*11 - Bairro:
*Helio Pompéia*12 - Cidade:
*Boa Vista*13 - Estado:
*CE*14 - CEP:
*69316625*15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD):
91133855

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

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:
19 - Profissão 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
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

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.

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 de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:
 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?
 Sim Não29 - Se tinha filhos, informar
Vivos: Falecidos:30 - Vítima deu nascituro (vámenes)?
 Sim Não31 - Vítima teve irmãos?
 Sim Não32 - Se tinha irmãos, informar
Vivos: Falecidos:33 - Vítima deixou pais/avós vivos?
 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

INSCRIÇÃO
DEclarante
é maior de
idade e
possui
habilidades
para assinar
este documento

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, *Boa Vista 07.10.19*41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Jelson Castro Sales

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
William Gonçalves

TESTEMUNHAS



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA – OFF LINE

BOLETIM N°	2990/2019	DELEGADO	Douglas Gabriel da Cruz
DATA:	05/06/2019	ATENDENTE	Carlos Ernanes Benevento Miranda
HORA DO REGISTRO	16h38min.	LOCAL DA OCORRÊNCIA	DATA

Rua Laura Pinheiro Maia, em frente ao número 717 – Senador Hélio Campos.	HORA DO FATO
	20.02.2019
	17h40min.

Dados da Infração		
Cód. Infração	Infração	Qualificação
	Acidente de trânsito sem vítima fatal	

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

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

Objetos Envolvidos		
Item	Qtd.	Descrição
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"



Carlo Emanoel Benevenuto Miranda
Carlos Emanoel Benevenuto Miranda
Agente de Polícia
Matrícula 42000447

Joelson Castro Sales
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 N° 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

2.5 - UF 2.4 - PMS

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

JOSEON CARVALHO ALVES

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

4.1 - LOCAL

RODOVIA BR 174 KM 100,000

4.2 - DATA

4.3 - HORA

4.4 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO

4.5 - NOME DO MUNICÍPIO

4.6 - UF

12/12/2017 18:20 - BOA VISTA

5.1 - CÓDIGO DA INFRAÇÃO

5.2 - DESO.

5.3 - DESCRIÇÃO DA INFRAÇÃO

Cod./Desd.	Descrição da Infração	Cod./Desd.	Descrição da Infração
501-0-0	<input type="checkbox"/> Dirigir veículo sem possuir CNH/PPD/ACC	659-9-2	<input type="checkbox"/> Conduzir o veículo registrado que não esteja devidamente licenciado
504-5-0	<input type="checkbox"/> Dirigir veículo com validade da CNH ou PPD vencida há mais de 30 dias	661-0-2	<input type="checkbox"/> Conduzir o veículo com a característica alterada
516-9-1	<input type="checkbox"/> Dirigir sob a influência de álcool	691-2-0	<input type="checkbox"/> Conduzir veículo sem os documentos de porte obrigatório referidos no CTB
518-5-1	<input type="checkbox"/> Deixar o condutor de usar o cinto de segurança	703-0-1	<input type="checkbox"/> Conduzir motocicleta, motoneta e ciclomotor sem capacete de segurança
518-5-2	<input type="checkbox"/> Deixar o passageiro de usar o cinto de segurança	763-3-1	<input type="checkbox"/> Dirigir veículo segurando telefone celular
605-0-1	<input type="checkbox"/> Avançar o sinal vermelho do semáforo	763-3-2	<input type="checkbox"/> Dirigir veículo manuseando telefone celular

TIPO DE MEDIDA

VELOCIDADE (Km/H)
 PESO (Kg)
 NÍVEL DE RUÍDO (dB)

ALCOOLEMIA (mg/L)

TRANSMITANCIA LUMINOSA (%)

OUTRO _____ ()

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

Marca: _____ Modelo: _____ Número: _____

Descrição _____

5.5 - LIMITES REGULAMENTADOS

5.7 - VALOR CONSIDERADO

5.5 - MEDIDA REALIZADA

5.8 - OBSERVAÇÕES

HAVIA UMA ACIDENTE DE TRÂNSITO NA ROD. 5600
O CONDUTOR DEVE TER ESTE ACIDENTE
NAQUELA MARCHA

BLOCO 7 - IDENTIFICAÇÃO DO EMBARCADOR/TRANSPORTADOR

7.2 - CPF / CNPJ

7.1 - NOME

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do documento ou AS:	3 - CEP da vitima:	4 - Nome completo da vítima:			
8141-900-802-06		Joséson Pontes Sales			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA VÍTIMA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2012					
5 - Nome completo:	6 - Endereço:	7 - Número:	8 - Complemento:		
Joséson Pontes Sales	Graça Barroca do Santo	157			
9 - Profissão:	10 - CEP:	11 - Rua/Rua:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - Tel. (DDD):
Serviço de Rio	09316625	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	RJ	(21) 3855-9113
15 - Email:					

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 16 A 18 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 [ANEVAR CÓPIA].

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- INCLUSO INFORMAR R\$ 1.000 A R\$ 1.000,00 R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 SEM RENDA R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ACIMA DE R\$ 5.000,00

22 - DADOS DA CONTA: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (CURADOR)

CONTA POUPANÇA (Somente bancos de investimento - Azul, Bradesco, Itaú, etc.)

CONTA CORRENTE (Banco do Brasil)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (164)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2907

CONTA: 000000033

(Inserir o digito do ddd)

(Inserir o digito do ddd)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o digito do ddd)

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

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de recuperação da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.131/74), uma vez que:

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

Solicito o prazo de 60 (sessenta) dias do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação que me apresentarei sem a apresentação do laudo do IMI, reconhecendo, desde já, em me submetter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora (área para exames) e devidamente quanto ao pagamento das lesões permanentes decorrentes do acidente ou trânsito causado por culpa do autorizado, conforme o disposto na Lei 6.131/74.

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

OCUPAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Número de dependentes:	25 - Gênero:	26 - Idade:	27 - Número de dependentes:		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Sim		
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Vivos	<input type="checkbox"/> Falecidos	<input type="checkbox"/> Não		
28 - Gênero de dependentes:	29 - Se sim, informar:	30 - Vida addicau:	31 - Vida ma:	32 - Se sim, informar:	33 - Vida deau:
<input type="checkbox"/> Sim	Se sim, informar:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	Se sim, informar:	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não	Vivos Falecidos	<input type="checkbox"/> Vivos Falecidos	<input type="checkbox"/> Vivos Falecidos	Vivos Falecidos	<input type="checkbox"/> Vivos Falecidos

Estou dentro da obrigatoriedade de declarar, caso de óbito, a inscrição do Seguro DPVAT para morte (caso de óbito) que se apresentarem e provar a sua condição, estando clara, a de que qualquer óbito ou destruição não varia a obrigação de pagar a indenização devida, caso de óbito recebido, além de resguardar a integridade criminal por infração ao artigo 269 do Código Penal.

34
Assinatura:
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogar)
36 - CPF legível, ou documento com pedida (a rogar)
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogar)

38 - 1º Nome:	
CPF:	
Assinatura da testemunha	
39 - 2º Nome:	
CPF:	
Assinatura da testemunha	

40 - Data: 000 Júlio 07.10.09

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se menor)

William Gonçalves Sales

42 - Assinatura do Representante Legal (se menor)



Paciente: Joelson Castro Sales
Idade: 34 Sexo: M
Nacionalidade: Brasileiro
Endereço: HC 14 - PX

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

Bairro: Senador Helio
composto

Nº 2792 DATA 20/02/19

Médico (a) Regulador (a): Dr. Paulo Jefferson

HORA J/9: 11:23

BASE ()

VIA ()

192-

BV

MOTIVO
INICIAL:

Moto x Moto (carrosinha)

HORA J/10: 11:50

RÁDIO ()

CELULAR ()

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					
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito	<input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Quelmadura	<input type="checkbox"/> Urgência obstétrica		
<input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Transferência		
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAF	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exame complementar		
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAB	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Urgência clínica	<input type="checkbox"/> Outros		

AVALIAÇÃO DO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no canteiro do acidente)

VÍTIMA		MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITENS DE SEGURANÇA	
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Capacete		
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Animal	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança		
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Airbag		
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Bicicleta		<input type="checkbox"/> Micro-ônibus		<input type="checkbox"/> Assento para criança		

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

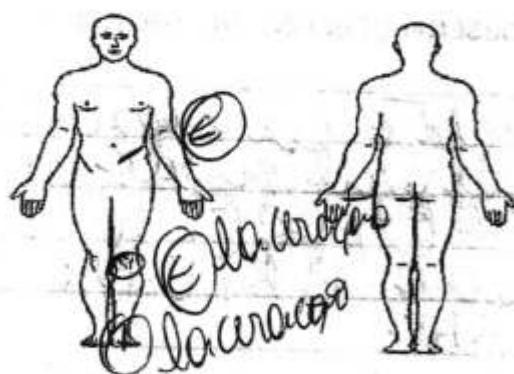
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA	
<input type="checkbox"/> Livre		<input type="checkbox"/> Apnéia		<input type="checkbox"/> Bradicardíco	<input type="checkbox"/> Taquicardíco	<input type="checkbox"/> Miase	
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial		<input type="checkbox"/> Dispnéia		<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"		<input type="checkbox"/> Midriase	
<input type="checkbox"/> Obstrução Total		<input type="checkbox"/> Bradipneia		<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente		<input type="checkbox"/> Anisocoria	<input type="checkbox"/> ID <input type="checkbox"/> IE
<input type="checkbox"/> Corpo estranho		<input type="checkbox"/> Taquipneia		<input type="checkbox"/> Pulso central ausente		<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado	
<input type="checkbox"/> Outro: _____				<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Extremidade	<input type="checkbox"/> Agitação-psicomotora	

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Inicio	<u>10.08</u>	<u>120/70</u>	<u>76</u>	<u>19</u>	<u>100</u>			
Fim	<u>11.23</u>	<u>120/80</u>	<u>77</u>	<u>19</u>	<u>100</u>			

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	
<input type="checkbox"/> 1 - Dor	
<input type="checkbox"/> 2 - Hematoma	
<input type="checkbox"/> 3 - Contusão	
<input checked="" type="checkbox"/> 4 - Escoriação	
<input type="checkbox"/> 5 - Laceracão	
<input type="checkbox"/> 6 - Luxação	
<input type="checkbox"/> 7 - Fratura fechada	
<input type="checkbox"/> 8 - Fratura exposta	
<input type="checkbox"/> 9 - Amputação	
<input type="checkbox"/> 10 - Evisceração	
<input type="checkbox"/> 11 - Afuradimento de crânio	
<input type="checkbox"/> 12 - Ferimento penetrante	
<input type="checkbox"/> 13 - Tórax instável	
<input type="checkbox"/> 14 - Enfisema subcutâneo	
<input type="checkbox"/> 15 - Ferida aspirativa	
<input type="checkbox"/> 16 - Empalamento	
<input type="checkbox"/> 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 - Obedeça a comandos
 5 - Localiza à dor
 4 - Movimento de retirada
 3 - Flexão anormal
 2 - Extensão anormal
 1 - Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDIÁCA	
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> FV
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assistolia

AFLAÇÃO CLÍNICA	
<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Metabólica
<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infeciosa
<input type="checkbox"/> Cardiovascular	
<input type="checkbox"/> Digestiva	

HISTÓRIA PÉGREGA	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> HAS	
<input type="checkbox"/> Medicação de uso	

GRAVIDADE COMPROVADA

Ileso

Paquim.

Média

Severa

Óbito

*Dr. Marcos Felipe Diniz
CRM-RJ 100000*

Assinatura e Cálculo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL	
EM 27/10/19 11:59	
<i>Samuel Ribeiro</i>	<i>Rúbrica</i>

INCIDENTES

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

MEIOS
ACIONADOS

- Polícia Militar
 Guarda Municipal
 SMTRAN

Bombeiro

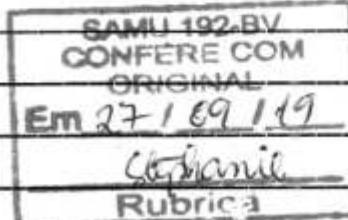
Técnicos

Rubrica

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

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

vítima de colisão carro-sinalha da moto
x m do IOTE, Verbalizando, apresentando
flampos (E), fôfho (E), pe (E) laterais, c/ISSU
preservados, no M.R, o SIT
sem a poe a SAV.



Original 509347

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: 00000009033-1

Nr. da Autenticação C4C55307931B054A



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

Para contato
concedo informe
este número



Nº da Nota Fiscal
003301566

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

CONTAMES	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

DADOS DA LEITURA	KWH	KVAC/H	DATAS 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 Médio:	267		Emissão: 22/07/2019
Consumo Faturado:	267	FCAH	Apresentação: 23/07/2019

Classe/Subclasse	Ligação	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
		Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	B1	11EDB06951117421861	1-1-17		233
HISTÓRICO KWH					
Mês/Ano					
JUN/19	147	CONSUMO	267 A R\$ 0,764602 =	204,14	
MAI/19	212	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 05/19-00		0,04	
ABR/19	239	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 05/19-00		0,88	
MAR/19	182	MULTA POR ATASO DE I 05/19-00		1,56	
FEV/19	170	JUROS DE HORA POR ATR 05/19-00		0,29	
JAN/19	294	MULTA POR ATASO 05/19-00		3,27	
DEZ/18	210	JUROS DE HORA DE INPO 05/19-00		1,85	
NOV/18	280	ILUMINAÇÃO PÚBLICA		25,53	
OUT/18	292				
SET/18	229				
TARIFA COM TRIBUTOS:	0 A 267 - 0,634630				

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 06/2019 148,53

20

LIGUE 08007019120 E FAÇA URGENTE SEU PAGAMENTO

RESERVADO AO FISCO DE75.C105.6B3A.03DA.5089.E3EB.AB69.3F13

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 52,45	Base de Cálculo: 204,14
Energia: 111,22	Aliquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 34,79
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

05/2019 69,55

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0070349-4	237,56
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
07/2019	06/08/2019
Nº da Nota Fiscal:	003301566 FCAH

83620000002 1 37560075000 0 00000000070 3 34940719008 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão Integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco, inscrito (a) no CPF/CNPJ 823.396.343/70, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Taulson Castro Sales, inscrito (a) no CPF sob o Nº 814.690.021-06, do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da Vítima Taulson Castro Sales, inscrito (a) no CPF sob o Nº 814.690.021-06, 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	CC. 11	Número	294
Bairro	Palmeiras	Cidade	Boa Vista
Email		Telefone comercial(DDD)	RR 69318-050

Local e Data

Boa Vista, 08 de outubro de 19
William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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)
 Capitalas 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, Fernando da Silva Araújo

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

Órgão SSP/RR portador do CPF nº 404.649.112-49

com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Luiz Reis Cristo nº 760, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de mim: a 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 Chassi: 9C2K220068067803

Data do Acidente: 20/02/2019

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

Assinatura do Declarante

Fernando da Silva Araújo

Assinatura do Condutor

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



DANIEL AQUINO

Cartório de 2º Ofício - Boa Vista
 Daniel Aquino - Tablilho
 Av. Ataíde Teixeira, 4933 - Asa Sul
 CEP: 69031-340 - Roraima - Brasil
www.danielaquino.com.br

Reconheço por VERDADEIRA (s) firma(s):

"JOELSON CASTRO SALES" "FRANCISCO DE OLIVEIRA

ARAUJO

Em testemunha da verdade, R.E.F.
 De que deu fé: Boa Vista/RR, 10 de junho de 2018.
 Consulte este(s) ato(s) abaixo em cidadãos.portalsejor.com.br
 REC/FIR/158296GPOTZ1A2TYTDRG / REC/FIR/1582968JST7NBYX43H983 /

Emolumentos: R\$ 4,90 Fundos/ISS: R\$ 1,10 Total: R\$ 9,00

~~Pasat apurata~~

~~l'ha fatta~~

Ugo ha un bello O
con uno profondo
impattato di Pelle
nude, simile le
pelli O con definizioni
molto O di fondo.
Non sono fatte qualche O
Pelle: gentilissime e soffici O
di superficie bassa O
O attaccate in aggr.
apprendendo a tutte
Cipolla

G. S. G.

M. C. 1901

GOUVERNEMENT
DU QUÉBEC

Capítulo 08 - Exercícios

THERMOPHILIC BACTERIA

Diseño de la goleta (b) - Fricción Existe

20 : 02 , 19

ANSWER

Mr. ... Jackson Castro Sales

-113- 34

Name: _____ Surname: _____ DOB: _____

三

118

Rainwards *Mowza*

Journal of Health Politics, Policy and Law

Maximum Utilization

(2) Fixador Euterro 300 ml

Code: CEE663 Código: AF35 B 650

Lote: 05C208 Código: P09 E 208
2017-05-18 Fase de desempenho - 04000000000000000000000000000000

Fabric 145936617 Ver.:08/2022

Digitized by srujanika@gmail.com

Max: 829 Max: F125

Fabric.: 25/09/2017 Val.: 09/2022
Registred ANTRASAT No: ECTC385003

Material: Ago Inox & Acumpro

— 1 —

04/04/2014 10:40:33 AM [User: MP]

八

卷之三

11/2014 - show/hide 24x20 PAGE LINES

2013-07-05

Dr. Marcus Birnbaum

BOLETIM OPERATÓRIO

WPF 1º

O.S. _____

pessoal

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TPO DE INTERVENÇÃO:

OCORRÊNCIAS E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIAO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

(1) Paciente com 110470323 anos.

Sexo: F. Gênero: F.

Profissão:

Diagnóstico: Lesão óssea na mão direita.

DATA:

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedista e Traumatologista
CRM - 07199

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO SIRUROGOSISPA

مکالمہ میرزا

卷之二

NAME: Isabella Cooper

Demokratie

سیاست

10

Chamada	Agenda	Convocatória	Atividades	Documentos
Chamada 2013-1	Reunião de Planejamento	Convocatória	Atividades	Documentos
Chamada 2013-2	Reunião de Planejamento	Convocatória	Atividades	Documentos
Chamada 2013-3	Reunião de Planejamento	Convocatória	Atividades	Documentos

Unidad	Indicador	Tipo
Dirección General de Estadística	SF-09002000	Mesero/Indicador
Sistema de estadística	SFA-09002000	Mesero/Indicador
Oficina de estadística	Oficina	Mesero/Indicador
Oficina de estadística	Oficina	Mesero/Indicador

central nervous system liver hemocysteine skin hair

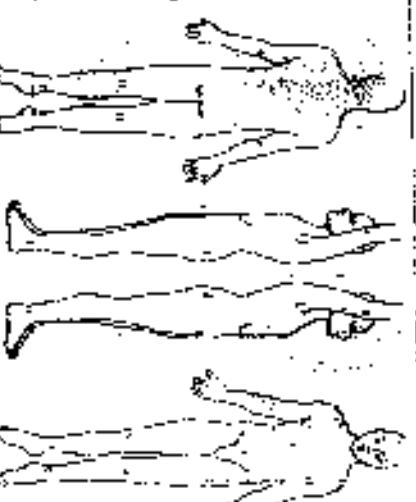
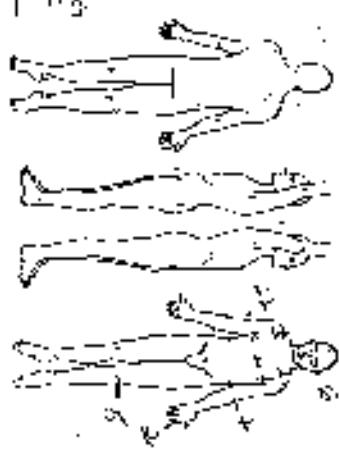
urine saliva uric acid

allergy inflammation

blood urine

4. Produtos da PFC	
(1) Fármacos	
(2) Químicos	
(3) Alimentares	
(4) Cosméticos	
(5) Outros	PFC

1. **Proyecto** **Reflexión**
2. **Proyecto** **Reflexión**



CULTURE AND CIVILISATION IN THE ROMAN EMPIRE

Revista de Estudios Interdisciplinarios REDI. ISSN 0717-021X

卷之三

BIBLIOGRAPHY

ESTRUTURA DA SEGUROCAIXA - ANTES DE OPERACAO SAIR DA FILIA DE
OPERACOES

OFERACIONES

30

Andrographis

卷之三

134

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
SÓ PODEM MELHORAR CONFIRMANDO
VERBALMENTE COM AQUELE:

CHINESE JUSTICE

**1 - O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO**

Digitized by srujanika@gmail.com

(Continued from page 1)

1. *What is the best way to approach*

ESTÃO CORRETAS

() REVISÃO DE LITERATURA

COMO A AMOSTRA PARA ANA "POMA" PATOLOGICA ESTÁ TENTATIVA

卷之三

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO

O PAPÉ DE POSETA

ANESTESIA E TÉCNICAS

() Sima (✓) Não

XIV

NO CIRURGÃO, J. M. S. LIMA
EQUIPE DE ENFERMAGEM KENY SAKI
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO DO MÁNEJO DAS PACIENTES

XII
BIOGRAPHICAL

RECUPERACION DE NARANJAS DURANTE
(✓) Sí () No () Ndg ss ej. 15a

NIST JOURNAL OF RESEARCH 42(1)

સુરત, ગુજરાત, કાન્દો

R. R. Rawley
Editor

José Ratto, Comod
Asturias e Chaves
Córdoba 325/12.

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE

UNIDADE FISCAL

NOME DO PACIENTE

JOSÉ DA COSTA SOARES

PROFISSÃO/ESPECIALIZAÇÃO

ESTUDANTE

PROFISSÃO

REGISTRO DE ENFERMAGEM
APLICAÇÃO

HORARIO

06 - 08 AM

END

06 - 08 AM

MORADA

06 - 08 AM

PACIENTE

QUARTO 210 LEITO 1

Nº DE REGISTRO

Dermatite atopica

Atmósfera

Cetim

Niacina

Cetamina

Sintético

Vitamina

Zinc

Zinco

Zinco

Dermatite atopica

Atmósfera

Cetim

Niacina

Cetamina

Sintético

Vitamina

Zinc

Zinco

Zinco

Dermatite atopica

Atmósfera

Cetim

Niacina

Cetamina

Sintético

Vitamina

Zinc

Zinco

Zinco

Dermatite atopica

Atmósfera

Cetim

Niacina

Cetamina

Sintético

Vitamina

Zinc

Zinco

Zinco

Dermatite atopica

Atmósfera

Cetim

Niacina

Cetamina

Sintético

Vitamina

Zinc

Zinco

Zinco

Dermatite atopica

Atmósfera

Cetim

Niacina

Cetamina

Sintético

Vitamina

Zinc

Zinco

Zinco

Dermatite atopica

Atmósfera

Cetim

Niacina

Cetamina

Sintético

Vitamina

Zinc

Zinco

Zinco

Dermatite atopica

Atmósfera

Cetim

Niacina

Cetamina

Sintético

Vitamina

Zinc

Zinco

Zinco

Dermatite atopica

Atmósfera

Cetim

Niacina

Cetamina

Sintético

Vitamina

Zinc

Zinco

Zinco

Dermatite atopica

Atmósfera

Cetim

Niacina

Cetamina

Sintético

Vitamina

Zinc

Zinco

Zinco

Dermatite atopica

Atmósfera

Cetim

Niacina

Cetamina

Sintético

Vitamina

Zinc

Zinco

Zinco

Dermatite atopica

Atmósfera

Cetim

Niacina

Cetamina

Sintético

Vitamina

Zinc

Zinco

Zinco

Dermatite atopica

Atmósfera

Cetim

Niacina

Cetamina

Sintético

Vitamina

Zinc

Zinco

Zinco

Dermatite atopica

Atmósfera

Cetim

Niacina

Cetamina

Sintético

Vitamina

Zinc

Zinco

Dermatite atopica

Atmósfera

Cetim

Niacina

Cetamina

Sintético

Vitamina

Zinc

Zinco

Dermatite atopica

Atmósfera

Cetim

Niacina

Cetamina

Sintético

Vitamina

Zinc

Zinco

Dermatite atopica

Atmósfera

Cetim

Niacina

Cetamina

Sintético

Vitamina

Zinc

Zinco

Zinco



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

PREScriÇÃO MÉDICA

HGRR

440

1

DATA DE ADMISSÃO	20/02/2019	DIH	DN	10/10/1984
PACIENTE JOELSON CASTRO SALES				
AGNOSTICOS FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL				
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	34	LEITO	410-1	DATA 21/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			
1	SIFTA ORAL LIVRE			
2	AVP			
3	CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS			
4	GENITAMICINA 240MG EV 1X AO DIA (D1, 21/02)			
5	FLASII 10MG EV 8/BH S/N			
6	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N			
7	TIRAMAL 100MG + SF 0,8% 10ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
10	OMOPRAZOL 40MG I.V 1X AO DIA OU 1 CP V.O 5/N			
11	SSVV + OGG 6/6 H			
12	CURATIVO DIÁRIO			
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20	SE DIABÉTICO CORRECÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200 250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI, > 400: 10 UI E OU GLUCOSOF < 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

VOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE OFERECIDO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: UFG, TOE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HORATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

	8 H	PA	FC	FR	T
8 H	160/80	80	24	26C	
12 H	160/80	80	24	26C	
18 H	120/80	68	18	26C	
24 H	DEFICI T DE FUNC				

Dr. Odinechi Ojehiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
tel: 3851-58

22/02/16
Odeleia



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº

40

1

DATA DE ADMISSÃO 20/02/2019 **DIA** DN **10/10/1984**

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

AGNOS FRACTURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALÉRGIAS HAS **DM2**
IDADE 34 **LEITO** 410-1 **DATA** 22/02/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS	
7	GENTAMICINA 210MG EV 1 X AO DIA (D1, 21/02)	
8	PLASIL 10MG EV B/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DL 6/6H S/N	
10	IRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML. EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPIRI, 25 mg VO SF PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 20MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
14	SSV V FC GGG 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 GI ICOSE ≤ 70 DMJML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: REC, LOTE, ACIANÓTICO, ANICRÍTICO, AFLIBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORALHO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

Dr. Orinachl Okemir
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1451 RR

SINAIS VITAIS		PA	FC	FR
6 H				
12 H	Δ Δ2X C3	65	-	35.3'
18 H	102/56	55	29	36.4'
24 H	110/60	60	29	36.4'

940-1
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScriÇÃO MÉDICA

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

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

AGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALÉRGIAS HAS DM2 DATA 24/02/2019

IDADE 34 LEITO 410-1 HORÁRIO

ITÉM PREScriÇÃO

1 DIPTA ORAL LIVRE SAU

2 AVP infusão

4 CLINDAMICINA 600MG EV 6/8HRS 10x180ml C/6

7 GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA (D1: 21/02) 76

8 PI ASIL 10MG EV 8/8H S/N SAU

9 DIPIRONA 1G EV DF 6/8H S/N febre dor de cabeça

10 TRAMAL 120MG + SI 0,8% 100ML EV DL 8/8H SE DOR INTENSA

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

12 SIMETOCONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N

13 OMEPRAZOL 40MG FV 1X AO DIA OU 1 DP V O S/N Rolim

14 ISSVV + CGGG 6/6 H M

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, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOJE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFRÉRIL, FUPNFICO,

NÔRMOCORÁDIO, HIDRATADO.

PRÉVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

D: Odilsoni Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM: 18535-RK

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FG	FR
12 H	100/76	80	19
18 H	130/80	74	28
24 H	160/100	74	19 ppm
			36,0°C
06h	130/60	79	19 ppm
			36,1°C

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

1001-KR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 20/02/2019 DIH 10/10/1981

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALÉRGIAS 1IAS DM2 DATA 23/02/2019

IDADE 34 LEITO 410-1 HORÁRIO

PREScrição

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE S/DO

2 AVP

3 CI INFLAMICINA 600MG FV 6/6HRS

4 GENTAMICINA 240MG FV 1 X AO DIA (D1-24/02)

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

6 DIPIRONA 1G CV DE 6/6H S/N

7 TRAMAL 100MG + SF 0,8% 100ML EV DE 8/6H SL DOR INTENSA

8 CAPTOPRIL 25 mg VO SL PAS > 160 L OU PAD > 110 MMH6

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

10 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V/OS/N

11 SS/V + CCGG 6/8 H Retorno

12 CURATIVO DIÁRIO M

13

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA RÉGULAR (SD)
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI, 301-350: 6UI;
 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE
 ≥ 33% 48 MI EV - AVISAR PLANTONISTA

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COM JUNCAU/MQ,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFFBRIL, TUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	103xPA 90	FG 60	FR 14	36°C
12 H	140/92	68	23	36,3%
18 H	128/90	72	14	36,5%
24 H	102x62	70	16	36°C

Dr Odilnachy Oliveira
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-KR

04/03/2019

Partiu me bento, adm. med. em fase
 2. Atenção: durante visitas, se
 quei. Cuidados de enfermagem



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

PREScriÇÃO MÉDICA

410
1

MATRIZ DE ADMISSÃO 20/02/2019 DHTI DN 10/10/198

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALERGIAS HAS DM2
IDADE 34 LEITO 410-1 DATA 25/02/2019

ITEM PRSCRIÇÃO HORARIO

1 DIFLIA ORAL LIVRE
2 AVP
4 CLOINDAMICINA 600MG EV 6/6H IRS
7 GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA (D1: 21/02)
9 PLASIL 10MG EV 6/6H S/N 06/02 11/03 20/02 02

10 TRAMAL 100MG + SH 0,5% 100ML FV 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 OMOPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

14 SS/VO + CCOG 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 OUI GLICOSE ≤ 70 DMGL, GLICOSE
≥ 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: B/G, LOTE, ACIANÓTICO, ANICRÍTICO, AFLIBRIL, FUPNFICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

A PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR
6 H	141/77	62	36/16
12 H	141/77	62	36/16
18 H	130/72	64	36/16
24 H			

Dr Odilacni Okempi
Residente Dr Ortopedia e
Traumatologia
CRM-RS1-RR

Agendada p/ 28/02/19, às 14hs, na
NEURSCAN!

Dr. Odilacni Okempi
Residente Dr Ortopedia e
Traumatologia
CRM-RS1-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

AGNOSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALÉRGIAS

HAS

DM2

IDADE 34

LEITO

410-1

DATA

26/02/2019

ITEM

PREScrição

HORARIO

1 DILTA ORAL LIVRE

2 AVP

4 CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS

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

0 PLASIL 15MG LV P/BH S/N

6 DIPRONA 10 EV DE 6/6H S/N

10 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 6/9H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SL PAS > 150 I QU PAD > 110 MMHG

12 SIMLICONA 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 6/6 H

15 CURATIVO DIÁRIO

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).

CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2U; 251-300: 4U; 301-350: 6U;

351-400: 8U; ≥ 400: 10 U E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSURE

50% 40 MI EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACINÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORÁDIO, HIDRATADO.

A PREVISÃO DE ALTA: SEM PRVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

Dr. Otávio Henrique Pekemir
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1853-RR

SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	
6 H					
12 H	130x30	68	18	26	
18 H	129/81	64	19	35,8°C	
24 H	125x69	68	20	37,3°C	
06 H	99x60	56	18	36°C	



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

28/02/19 10:10

DATA DE ADMISSÃO 20/02/2019 DIH APN 10/10/1981

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

AGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	10:00
2	AVP	10:00
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS	10:00
7	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1: 21/02)	10:00
8	PLASIL 100MG EV 8/8H S/N	10:00
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N	10:00
10	TRAMAL 100MG + SE 0,3% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	10:00
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 OU PAD > 110 MMHG	10:00
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HR\$ S/N	10:00
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	10:00
14	SSVV + COGG 6/6 H	10:00
15	CURATIVO DIÁRIO	10:00
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 GLICOSF ≤ 70 DM/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	10:00

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, A VIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: INEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANIDÉRICO, AFFBRIL, FUPNFICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	114x63	64	36	106
18 H	126/64	62	38	106
24 H	130/70	76	39	106

Dr Odinachi Okemini
Residente Do Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851 RN

06/20/70 70 19 3615



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

L.G.R.

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 28/02/2019

IDADE 34 LFITO 410-1 PRESCRIÇÃO HORÁRIO

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRL

2 AWP

3 CLINDAMICINA 600MG FV 6/6HRS

4 GEN TAMYCINA 240MG EV 1X AO DIA (D1; 21/02)

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

6 DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N

7 THAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML LV DE 6/8H SE DOR INTENSA

8 CAPTOPRIL 25 mg VO SL PAS > 160 E QU PAD > 110 MMHG

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

10 OMOPRAZOL 40MG FV 1X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

11 30WV + CCGG 6/6 H

12 CURATIVO DIÁRIO

13

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORRERÇAO COM INSULINA REGULAR (SC).
CONFORME ESQUELMA: 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:

1 INCONTRO PACIENTE DEFENDIDO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

2 EXAME FÍSICO: BFG, IOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

3 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR	
6 H	158/67	66	—	36,8°
12 H	166/67	66	—	36,0°
18 H	166/67	60	20	36,0°
24 H	153/63	62	19	36,2°

Dr. Udirnachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
C.R. 100.000



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScrição MÉDICA

HGR

LNU

10/10/1984

HMO-1

DATA DE ADMISSÃO

20/02/2019

DIH

DN

10/10/1984

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

AGNOSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALERGIAS

IDADE 34

HAS

LEITO

DM?

DATA

01/03/2019

ITEM

PREScrição

HORÁRIO

1 DIFTA ORAL LIVRL

2 AVP

4 CHINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS

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

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

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

10 THAMAL 100MG I SI 0,9% 100ML EV DE 8/6H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRII 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETICONA 1 CP OU 40 GD TAG V O 8/8 HRS S/N

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

14 SSW + CCGO 5/6 H

15 CURATIVO DIÁRIO

S/N

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)

CONFORME ESQUEMA: 200-250. 2UI: 251-300. 4UI: 301-350.

361-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE

50% 4C ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

+ XAME FÍSICO: BLG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÍRICO, AFEBRII, EUPNEICO,

NORMOCORDADO, HIDRATADO.

+ PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	114/69	60	18
18 H	111/61	67	18
24 H			

Dr. Gennachini Okemirli
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1881 RR

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

DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALÉRGIAS HAS DM2 DATA 02/03/2019

IDADE 34 LEITO 410-1 HORÁRIO

ITEM PRESCRIÇÃO

1 DIFLIA CIRAL 1 VIRE

2 AVP

4 CIINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS V.O

7 OMEPRAZOL 40MG LV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 5/N

8 PI ASIL 10MG EV 8/8H S/N

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

10 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DF 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 CURATIVO DIÁRIO

14 ISSVIV + OCGG 6/6 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 QUILÍGLICOSE ≤ 70 DMU, GL100SE

50% 40 ML LV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO.

ALIMENTANDO, SEM ALTRURAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLÉBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SLM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

Dr Odilonchi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H				36,1°C
12 H	120X80	90	-	
18 H	120X76	96	-	35,3°C
24 H 20/02/2019	118X71	78	19	36°C
	600 119x72	68	19	35,8°C

Reavaliar paciente dia
sexta-feira e reavaliar
sexta-feira de novo.
M.S. - 10 - Ambulatório
Também
Caren

410-1

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

PREScriÇÃO MÉDICA

1103

DN 10/10/1984

DATA DE ADMISSÃO

20/02/2019

DIH

DN

10/10/1984

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALÉRGIAS

HAS

DM2

03/03/2019

IDADE

34

LEITO

410-1

DATA

HORARIO

PREScriÇÃO

SND

ITEM

DIETA ORAL LIVRE

PLANTONISTA

2

AVP

10:00-16:00

4

CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS

SIV

7

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

SIV

8

PI ASIL 10MG EV 8/8H S/N

SIV

9

DIPIRONA 1G LV DF 6/6H S/N

SIV

10

TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE B/MH SE DOR INTENSA

SIV

11

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

SIV

12

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

SIV

13

CURATIVO DIÁRIO

NOTÍCIA

14

SSVV + CCGG 6/6 H

NOTÍCIA

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORRIGA COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 2DU 250; 2UI 261 300; 4UI 301 350; 6UI,
 361-100: 8UI; > 400. 10 UI E QU GI COISL ≤ 70 DL/ML. GLICOSE
 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DENTADO NO 1 FITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SLM AI TERAPIAS

EXAME FÍSICO: REG, LOTF, ACIANÓTICO, ANICÍFRICO, AFBRII, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SLM PREDIÇÃO
 CONDUTA: MANTIDA

55/VV 06/0
 PA 20/80
 FC 18/
 T 35/3

SINAIS VITAIS

	6 H	PA	FC	FR
12 H				
18 H				
24 H	180/68	64	36/3	

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



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA/WESON FRANCO - HC

Eu José Sônia Castro Sober

Sou informada que presecio Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de transmitir e 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) ou(s) qual(is) será submetido, complementarmente as informações prestadas pelo enfermeiro e pela equipe de funcionários e profissionais do serviço do Hospital Geral de Roraima - HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pelo fato de serem mantidos cuidados médicos assistenciais no níveis complicados e de risco hospitalar;
- 2.) Esse cliente não podem exercer necessidade de internação para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário teremos:

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

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade à assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferida para Hospital de Retaguarda.

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

6.) Confirmo que recebi explicações, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de analisar, questionar, alterar, qualquer capítulo, parágrafo ou palavra com as quais não concordasse.

Boa Vista, 01 de 03 de 20 19.Assinatura do paciente: José Sônia Castro Sober

Responsável:

1) Assinatura:

Nome:

CPF nº:

Grau de Parentesco:

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

Confirmo 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 eu expliquei.

Boa Vista, 14 de 02 de 20 19. Hora:

Nome Completo:

Assinatura do Médico:

CRM

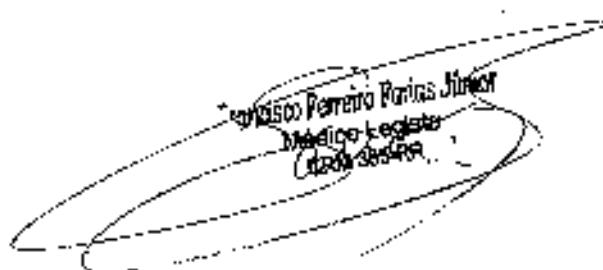
Assinatura/Carimbo do Médico Registrado

Bando Médico

Wilson Postro Sales, CPF 834.690.802-06, vítima de acidente de moto, encaminhado fiche de atendimento 1903075678, tendo trauma em braço e joelho esquerdo. Foi realizado inicialmente tratamento com fixador externo em joelho esquerdo. Apesar de médica, iniciando evolução com limitação de mobilidade da joelha para flexão, comprometimento na marcha, limitação para esforços repetitivos com membros inferiores esquerdos, comprometendo suas atividades laborativas.

Conclusão: iniciando apresentando sequelas permanente permanente em membro inferior esquerdo.

São José, 27/08/2019

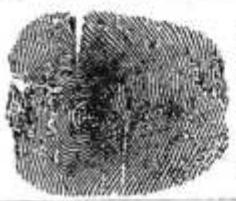




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO

13/10/2016

REGISTRO GERAL
239717

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÉS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Partido Progressista da Polícia Civil

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

p 1

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA COPIA FENAVAM
01 01070618072 51049278810

NOME / ENDERECO
FRANCISCO DE OLIVEIRA ARAUJO
R LUIZ KETES CRISTO 117
EQUATORIAL - 3M
BOA VISTA-RR 69317338

CPF / CNH PLACA
404.649.112-49 NAP8817

NOME ANTERIOR
RURATHA MULHERES LTDA

PLACA ANT/UP CHASSI
9C2KC220058067803

ESPECIE/TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLETA/HANDARAL ALCO/GÁSOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO M.
HONDA/CB 160 FAN 2016 201

CAP/POV/CL PESSOA COR PREDOMINANTE
2P/0162CC/ AUTOM. PRETA

OBSERVACÕES

AL. FID. BANCO HONDA S/A * PROIB SAIR DA
AMAZ OCTD * GUARDA-CHAVE PARA TRANSFERIR
Luz - SEM LOCAL SAGRADO

LOCAL DATA
BOA VISTA-RR 27/07/2016

DENATRAN CONTRAN

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

(X) SIM () NÃO

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

(X) SIM () NÃO

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

MIE: COMPROMETIMENTO 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 transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Região Corporal (Sequela): MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 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.



Dra. Regina Cláudia 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