

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: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JHONATAN DA SILVA MINEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000037686-0

Nr. da Autenticação BD0D4219204B97BC

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190571148

Vítima: JHONATAN DA SILVA MINEIRO

Data do Acidente: 10/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JHONATAN DA SILVA MINEIRO

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\$ 2.700,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer
um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: JHONATAN DA SILVA MINEIRO

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000037686-0

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.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571148

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JHONATAN DA SILVA MINEIRO

Data do acidente: 10/03/2019

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO/ULNA D, FRATURA DO HALUX D (BASE FALANGE DISTAL) E CONTUSÃO/LACERAÇÃO DO TESTÍCULO E

Descrição do exame físico: APRESENTA DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO E CIRCUNDAÇÃO DO PUNHO DIREITO, AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS INTERFALANGEANA EM HÁLUX DIREITO E EDEMA LOCAL EM TESTÍCULO ESQUERDO COM QUEIXA DE COMPROMETIMENTO NA VIDA SEXUAL.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO RÁDIO/ULNA D, FRATURA DO HALUX D (BASE FALANGE DISTAL) E CONTUSÃO/LACERAÇÃO DO TESTÍCULO E, FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA EM PUNHO E PÉ DIREITOS E TRATAMENTO CIRÚRGICO EM TESTÍCULO.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO DIREITO E HÁLUX DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECU DEFICIÊNCIA NO PUNHO DIREITO EM GRAU MODERADO E HÁLUX DIREITO EM GRAU INTENSO. O EDEMA TESTICULAR NÃO SE ENQUADRA EM SEQUELAS INDENIZÁVEIS.

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			20 %	R\$ 2.700,00



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005529/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/03/2019 05:48 Data/Hora Fim: 10/03/2019 06:01
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP-PM Nº069417 SÉRIE "J" Data: 10/03/2019
Delegado de Polícia: Rodrigo de Oliveira Gómes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 10/03/2019 03:17

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Centro

Logradouro: AV-Mário Homem de Melo c/ Av. Terêncio Lima

Ponto de Referência: CRUZAMENTO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JORGE ANDRÉ SOUSA GARCIA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Idade 42

Profissão: Policial Militar

Estado Civil: Sem Informação

Nome da Mãe: Sem Informação

Em Serviço: Sim

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: JHONATAN DA SILVA MINEIRO (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Profissão: Técnico em Segurança do Trabalho

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA IZIDIO GALDINO FILHO

Bairro: JARDIM CARANA

Telefone: (95) 99110-2852 (Celular)

Nome Civil: EDILSON FERREIRA DE QUEIROZ (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 20

Profissão: Vigilante

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 556729-7

Endereço

Delegado de Polícia Civil: Rodrigo de Oliveira Gómes

Impresso por: Givanildo da Silva Vieira

Data de Impressão: 19/03/2019 11:28

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

DAI
Confere com original
Data: 19/03/2019

[Assinatura]
Assinatura

Givanildo da Silva Vieira
Agente Carcerário de Polícia Civil
Mat. 042000908
Idade 28

07 OUT. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005529/2019

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA FELIPE DE PAULA RODRIGUES

Bairro: ALVORADA

Nº: 554

Nome Civil: LUCAS LIMA DUARTE (TESTEMUNHA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 19

Profissão: Militar do Exército

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4736109

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: NÃO INFORMADO

07 OUT. 2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 114.734.952-53

Placa NAW7929

Renavam 00168737264

Número do Motor KC16E2A012909

Número do Chassi 9C2KC1620AR012909

Ano/Modelo Fabricação 2010/2009

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX ES

Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Meio Empregado

Última Atualização Denatran 07/10/2009

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Jhonatan da Silva Mineiro

Possuidor

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 019.242.682-64

Placa NBA4606

Renavam 00471015075

Número do Motor G379E-026796

Número do Chassi 9C6KG0210C0053263

Ano/Modelo Fabricação 2012/2012

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo YAMAHA/LANDER XTZ250

Modelo YAMAHA/LANDER XTZ250

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Meio Empregado

Última Atualização Denatran 25/01/2018

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Edilson Ferreira de Queiroz

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado(a) 1º DP Informe que fomos acionados via CIOPS para uma ocorrência de acidente de trânsito com danos materiais e vítimas no endereço acima supracitado, conforme relato feito pela testemunha diz que, o veículo V01 (HONDA FAN DE PLACA NAW-7929) conduzido pelo item 01(JHONATAN) trafegava pela Av. Mário Homem de Melo, sentido centro bairro Mecejana, em velocidade moderada e ao chegar no cruzamento avançou o semáforo (vermelho). O

Delegado de Polícia Civil: Rodrigo de Oliveira Gomes
Impresso por: Givanildo da Silva Vieira
Data de Impressão: 19/03/2019 11:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005529/2019

outro veículo V02(HONDA LANDER PLACA NBA-4606) conduzido pelo item 02(EDILSON), trafegava pela Av. Terêncio Lima, bairro centro, no sentido Av. Ene Garcez, quando passando pelo semáforo (verde) em alta velocidade, veio a colidir frontalmente com motocicleta (veículo v01), ocorrendo o sinistro.

Diante dos fatos, logo após 02 (duas) viaturas do SAMU prestarem os primeiros socorros às vítimas e encaminharem ao Pronto Socorro Francisco Elesbão com múltiplas fraturas e lesões no corpo, o local foi isolado com apoio da VTR 656 e acionado a perícia. Fazendo-se presente o PC NELSON SOUZA. Os veículos foram consultados junto ao DETRAN e estão devidamente legalizados e licenciados. Sendo liberado no local, o veículo V01 foi entregue a EIK VINICIUS SOUZA DOS SANTOS, CNH 06895993764-AB. O veículo V02 para o proprietário, Sr. VANDEILTON SILVA DE ALEMIDA, CNH 05867079850-AD. Não houve acordo entre as partes com relação aos danos materiais. Este é o relato conforme ROP PM em anexo.

ASSINATURAS

Francisco Edinaldo Pinto
Responsável pelo Atendimento

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima essentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

DAI
Confere com original

Data: 19/03/2019

Assinatura

Givanildo da Silva Vieira
Agente Carcerário de Polícia Civil
Mat. 042000908

07 OUT. 2019

07 OUT. 2019



Delegado de Polícia Civil: Rodrigo de Oliveira Gomides
Impresso por: Givanildo da Silva Vieira
Data de Impressão: 19/03/2019 11:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: _____ CPF: _____

Profissão: _____ Endereço: _____ Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

REDA MENSAL:

- ☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data, _____
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X *Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)*

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura, NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

0065683-6

P# 34 Not a Figure 002399563

A. Costa Gomes de Energia Electrica - TSEE 224 414 1
pela Lei nº 30 430 de 26 de abril de 2002

СОВЕТЫ

FEVEREIRO/2019 06/03/2019

173

169.90

HOZANA DA SILVA SOARES
AV PARINE BRASIL 1430 3 CARANA
CPF: 00076943461249
CEP: 69.313-625 - BOA VISTA

ROT: 7.001.15.05.180305

DADOS DA LEITURA		ROT: 7.001.15.05.180305	
	VALOR		DATA DA LEITURA
Atual	10850	Atual	20/02/2019
Anterior	10672	Anterior	23/01/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	21/03/2019
Consumo Identida	178	Emissão	19/02/2019
Consumo Faturado	178	Anterioridade	20/02/2019
NORMAL		FCAM	

NORMAL

2

DADO DE TRABAJO - PONTA GROSSA						28
Cidade Sub-setor	Lugar	Número Matrícula	Faixa	Código Fun.	Nota 1º mes	
PINDENI 141	B1	11E060/1190	1522807	1.1.1.2	134	
PONTA GROSSA						
Município escolhido						

FATURAMENTO		DESCRIÇÃO DA DÍVIDA	
Mês/ano consumo			
JAN/19	149	CONSUMO	178 A R\$ 0,762157 = 139,22
FEV/19	78	ILUMINACAO PUBLICA	30,68
MAR/19	133		
ABR/19	192		
MAY/19	0		
JUN/19	0		
JUL/19	0		
AUG/19	0		
SET/19	0		
OCT/19	0		
NOV/19	0		
DEZ/19	0		

TARIFA SEM T. BASTOS: R\$ 178 - 0,64426

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 178 - 0,63462

MEMBERSHIP INFORMATION / READING OF VERBODEN

[illegible]

RESERVADO AO FISCO ACEA.9447.550C.F2A4.D6C6.200C.7D94.768

COMPOSIÇÃO DA COTACÃO - R\$		IMPOSTOS TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	54,97	Base de Cálculo	139,22
Energia	74,25	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	23,66
Encargos	3,85	Valor do PIS	0,46
Tributos	26,25	Valor do COFINS	2,13

10/10/2000 10:10:10 AM

8,85	12,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
1,13			4,00			0,52
ESTA						

FLORESTA

ROT: 7.001, 15.05, 18.0308

12/2013

1988

SEU CÓDIGO

0065683-6

TOTAL A PAGAR - R\$

169.00

* MESFATURADA

02/2019

VENCIAMENTO
DE 1984-1985

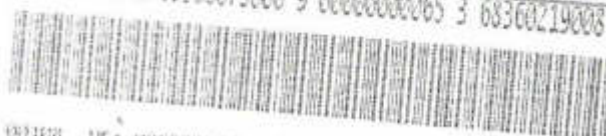
06/03/201

Nº da Nota Fiscal:

002399853

FCAN

8364000001-1 69900075000 9 00000000065 3 68360219008



DT. LEIT.: 20/02/2019 1. ENTR.: 04
TOTAL: 169,90 CARGA: 016
DT. VENC.: 06/03/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1061

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

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)
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 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 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 Iloir Inacio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.054.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jhonatan da Silva Mineiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 999.184.712 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jhonatan da Silva Mineiro

inscrito (a) no CPF sob o Nº 999.184.712 / 04, 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>R. Antônio Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Bunitos</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98403-5060</u>

Local e Data: Boa Vista-RR, 07 de Outubro de 2019.

Assinatura do Declarante

07 OUT. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria do Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

†^a Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul

|Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
(...) Menoridade

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

1901082341		10/03/2019 04:04:23		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-		5	
Paciente JHONATAN DA SILVA MINEIRO				Data Nascimento 17/04/1990	Idade 28 A 10 M 23 D	CNS 702504300603630	CPF 99918471204	Prontuário			
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 5986457	Órgão Emissor SSPPA	Data Emissão M	Sexo M	Estado Civil PARD	Raça/Cor BOA VISTA - RR	Naturalidade BRASILEIRA			
Mãe DEUZIMAR DOS SANTOS DA SILVA				Pai NI		Contato (95) 99141-8528		Ocupação			
Endereço AVENIDA - DOMINE BRASIL - 2148 - CARANA - BOA VISTA - RR											
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência	Tomp.	Peso	Pressão		
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		Registrado por: OZIRE.SPRADO					
Queixa Principal VITIM				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem						GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	TOTAL K				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) Pacote vitim colisão moto moto com bitraco											
Exame Físico Boa, boa, rap, Suficiente											
Hipótese Diagnóstica Biteira											
SADT - Exames Complementares <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:											
PRESCRIÇÃO Difin 28tu a 04/40 Norfin 10g + Stago 10ml a 05/15 Oxipetido						APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:						<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:		AUTENTICADOR [Assinatura]			
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Análise Patológica						Carimbo e Assinatura do Médico [Assinatura] Médico Infectologista CRM 15.200-0/RPE 627					
Assinatura do Paciente ou Responsável											
Impresso por: ozires.prado Data Hora: 10/03/2019 04:05:13						1901082341					

06:40h.

Ortopedia

paciente viram Alineza Aguiar com
d trauma em punho (A) + (B)
+ pulso + febre (C).

Apresenta dor + edema em
testículo, significativo.

at: Sinais de dor + punho (D).

Retornar ao Trauma M
Antian test em testículo.

Pro: Alta no Trauma com
minha a ortopedia

Dr Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19471RR

Re referencia cl: Luxação Reduzida
Refere dor local em punho
Pro: Frat Radio e Ulna.

cl. Imob.

Alta pl. ortopedia

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RR 1759 - RBO 14272

09:32h - 10/13/19 - Solicito avaliação Urologia
(comunicado à Cooperativa às 09:32h - 10/13/19)
USG: Lesão parcial do testículo (E)

Lucas Duarte
CRM 19471RR

07 OUT. 2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 10/03/19

O.S. _____

João Nathan da Silva Almeida

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Artur

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

Fabiano / Daniel

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Punção na DDH por aspirar + se livre
de líquido e sangue extravasados.
- ② Lupa transvaga escudo esquerdo.
- ③ Hava tórax tórax esquerdo.
- Testículo inteiro por al. tórax.
- Hava tórax ver tórax.
- ④ Jato de urina por plano.
- ⑤ Anestesia sedação.

07 OUT. 2019

Dr. Artur José de Souza
Urologia
CRM RR 1144 / RQE 529

EMERGENCIA

FICHA DE ANESTESIA

JONATHAN DA SILVA MINEI120

NEGA ALERBID E

Pharmacology

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		N°	
		10.03.19	
		10 11 12 13	
AGENTES	N 20		
	02		
LÍQUIDOS VENOSOS	A		
	M		
DA	°C		
X	38		
ULSO	36		
ANES	34		
X	32		
IP	30		
O			
TEMP			
ASPIR			
A			
RESP			
O			
Expon			
Assist			
Contro			
SÍMBOLOS			

AGENTES		DOSES		TÉCNICAS		ANOTAÇÕES	
A BUPIVACAÍNA 0,5% HÍPER-		RÁPIDA ANESTESIA				X MONITORIZAÇÃO + CHECK LIST 1- CATETER NASAL O2 2 L/MIN 2- RAQUIANESTESIA: ASEPSIA E ANTISEPSIA COM ALCOL 70%, CAMPO ESTÉRIL. PUNÇÃO SUBARACNOIDEA, AGULHA DE QUINIK Nº 26, L3-L4 + LCR POSITIVO, CLARO, NORMOTENSO COM INDECAO BUPIVACAÍNA 0,5%, 15mg	
B BARICA 15mg		LUMBAR MEDIA ALTA					
C MIDAZOLAM 5mg		HÍPERBARICA, SIMPLES + SEDACAO					
D		VENOSA COM OFERTA DE O2 SOB CATETER NASAL					
E							
G							
GLICOSE		LÍQUIDOS		Cânula - Naso / Oro Faringea			
NDCD				Naso / Orotraqueal - Carga			
SANGUE				Bal - Tamp - Calibre do Tubo			
5F 0,9% 2000 ML				Sob Máscara			
				Dificuldade Técnica		NÃO	
				TEMPO DE ANESTESIA			
TOTAL 2000 ML				10:50 às 11:40			
OPERAÇÃO				Exploração de Escleroto Esquerda Laringo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito			
ANESTESIA				CÓDIGO		Hemorragia - Anímia Bradí Taquicardia - Choque	
R3 DANTELE				CIRURGIÃO		PERDA SANGÜÍNEA	
				DR. ARTHUR			

Dr. Alberto P. M. Herrera
Anestesiólogo
CRM 22.247

07 OCT. 2019

③ MIDAZOLAM 5mg (EV)
④ CEFTRIAXONE 2g (IV)
⑤ DEXMETHASONE 10mg (EV)

X ENCOMIENDAS A SRPA.



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Jonathan da Silva Mineiro APT OU LEITO: F-18 Nº DO PRONTUÁRIO: 30 DATA: 10/03/2019

TIPO: CIRURGIA TEMPO DE DURAÇÃO: INÍCIO: 11:01 FIM: 11:30h TEMPO TOTAL:

CRURGIÃO: Dr. Arthur ANESTESISTA: Dr. Fabiano
1ª AUXILIAR: RES. ANESTESIA: Dr. Danielle
INSTRUMENTADOR:

AUXILIAR: CIRULANTE: Elizangela M. Gilberto

TIPO DE ANESTESIA: Raqui 10:50 TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	100% COMPRESSAS		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml
1	UNID.			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
7,5	PACOTE GAZE			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0		1	FIO VICRYL Nº <u>2.0</u>	
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO MONONYLON Nº <u>3.0</u>	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº <u>2.0</u>	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº <u>2.0</u>	
	LÂMINA BISTURI Nº <u>11</u>			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO SEDA Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			Equipe macro	
	SERBIGA 01ML		1	cateter P/ P²	
1	SERINGA 03ML			agulha P/ raqui 26	
1	SERINGA 05 ML			Cloroxedine 70V-100ml	
1	SERINGA 105ML			epico 70V-100ml	
1	SERINGA 20ML			alcoól 70V-100ml	

1 Elitrandes
1 agulha 40x12

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	<u>Ana Renato</u>		
FUNCIONÁRIO/CAULCULOS	<u>Jaqueline</u>	SUB- TOTAL	
	CIRULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
	<u>Elizangela M. Gilberto</u>	TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

07 OUT. 2019



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA
Alameda medicamentosa 6
Cemitério do São João

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 10 / 03 / 19

Reg: 28

Cirurgia: 10:46h

Emergência: () U.T.I. 1

Internação: () U.T.I. 2

Outros: ()

Cirurgia Proposta: 10:46h

1. Informações: 1.1. Pré-anestésico

() Jélex () Intracath

() Barrio () Sangue

() B. Alegria () Cardiopata

() Exames () Psimático

() Outros: 10:46h

2. Estado Emocional/ Mental

() Chagoso () Sonolento

() Agitado

() Outros: 10:46h

3. Sinais Vitais:

T: 38,3 °C P: 62 bpm

FC: 88 PA: 162/92 mmHg

SAT: 100% R: 18 rpm

() Regular () Irregular

4. Condições da Pele:

() PAB () Ferimento

() PAF () Queimado

() W/Dor () Hematoma

() W/Frio () Contusão

() Lesão () Deformidade

() Avulsão () Amputação

() Abração () Prst. Exposta

() Outros: 10:46h

5. Transoperatório

Entrada na Sala: 10:46h

Início da Cirurgia: 10:50

Início Anestesia: 11:30h

Término Cirurgia: 11:40h

Saída S.O.: 11:40h

Cirurgia Realizada: 10:46h

Anestesia: 10:46h

Posicionamento: 10:46h

1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso Venoso

5. Outros: 10:46h

6. Cateter

7. Vendicase

8. Dreno

9. SNG

10. Falha de Smerch

11. Outros: 10:46h

12. Sinais Vitais

13. Sinais Vitais

14. Sinais Vitais

15. Sinais Vitais

16. Sinais Vitais

17. Sinais Vitais

18. Sinais Vitais

19. Sinais Vitais

20. Sinais Vitais

21. Sinais Vitais

22. Sinais Vitais

23. Sinais Vitais

24. Sinais Vitais

25. Sinais Vitais

26. Sinais Vitais

27. Sinais Vitais

28. Sinais Vitais

29. Sinais Vitais

30. Sinais Vitais

31. Sinais Vitais

32. Sinais Vitais

33. Sinais Vitais

34. Sinais Vitais

35. Sinais Vitais

36. Sinais Vitais

37. Sinais Vitais

38. Sinais Vitais

39. Sinais Vitais

40. Sinais Vitais

41. Sinais Vitais

42. Sinais Vitais

43. Sinais Vitais

44. Sinais Vitais

45. Sinais Vitais

46. Sinais Vitais

47. Sinais Vitais

48. Sinais Vitais

49. Sinais Vitais

50. Sinais Vitais

51. Sinais Vitais

52. Sinais Vitais

53. Sinais Vitais

54. Sinais Vitais

55. Sinais Vitais

56. Sinais Vitais

57. Sinais Vitais

58. Sinais Vitais

59. Sinais Vitais

60. Sinais Vitais

61. Sinais Vitais

62. Sinais Vitais

63. Sinais Vitais

64. Sinais Vitais

65. Sinais Vitais

66. Sinais Vitais

67. Sinais Vitais

68. Sinais Vitais

69. Sinais Vitais

70. Sinais Vitais

71. Sinais Vitais

72. Sinais Vitais

73. Sinais Vitais

74. Sinais Vitais

75. Sinais Vitais

76. Sinais Vitais

77. Sinais Vitais

78. Sinais Vitais

79. Sinais Vitais

80. Sinais Vitais

81. Sinais Vitais

82. Sinais Vitais

83. Sinais Vitais

84. Sinais Vitais

85. Sinais Vitais

86. Sinais Vitais

87. Sinais Vitais

88. Sinais Vitais

89. Sinais Vitais

90. Sinais Vitais

91. Sinais Vitais

92. Sinais Vitais

93. Sinais Vitais

94. Sinais Vitais

95. Sinais Vitais

96. Sinais Vitais

97. Sinais Vitais

98. Sinais Vitais

99. Sinais Vitais

100. Sinais Vitais

101. Sinais Vitais

102. Sinais Vitais

103. Sinais Vitais

104. Sinais Vitais

105. Sinais Vitais

106. Sinais Vitais

107. Sinais Vitais

108. Sinais Vitais

109. Sinais Vitais

110. Sinais Vitais

111. Sinais Vitais

112. Sinais Vitais

113. Sinais Vitais

114. Sinais Vitais

115. Sinais Vitais

116. Sinais Vitais

117. Sinais Vitais

118. Sinais Vitais

119. Sinais Vitais

120. Sinais Vitais

121. Sinais Vitais

122. Sinais Vitais

123. Sinais Vitais

124. Sinais Vitais

125. Sinais Vitais

126. Sinais Vitais

127. Sinais Vitais

128. Sinais Vitais

129. Sinais Vitais

130. Sinais Vitais

131. Sinais Vitais

132. Sinais Vitais

133. Sinais Vitais

134. Sinais Vitais

135. Sinais Vitais

136. Sinais Vitais

137. Sinais Vitais

138. Sinais Vitais

139. Sinais Vitais

140. Sinais Vitais

141. Sinais Vitais

142. Sinais Vitais

143. Sinais Vitais

144. Sinais Vitais

145. Sinais Vitais

146. Sinais Vitais

147. Sinais Vitais

148. Sinais Vitais

149. Sinais Vitais

150. Sinais Vitais

151. Sinais Vitais

152. Sinais Vitais

153. Sinais Vitais

154. Sinais Vitais

155. Sinais Vitais

156. Sinais Vitais

157. Sinais Vitais

158. Sinais Vitais

159. Sinais Vitais

160. Sinais Vitais

161. Sinais Vitais

162. Sinais Vitais

163. Sinais Vitais

164. Sinais Vitais

165. Sinais Vitais

166. Sinais Vitais

167. Sinais Vitais

168. Sinais Vitais

169. Sinais Vitais

170. Sinais Vitais

171. Sinais Vitais

172. Sinais Vitais

173. Sinais Vitais

174. Sinais Vitais

175. Sinais Vitais

176. Sinais Vitais

177. Sinais Vitais

178. Sinais Vitais

179. Sinais Vitais

180. Sinais Vitais

181. Sinais Vitais

182. Sinais Vitais

183. Sinais Vitais

184. Sinais Vitais

185. Sinais Vitais

186. Sinais Vitais

187. Sinais Vitais

188. Sinais Vitais

189. Sinais Vitais

190. Sinais Vitais

191. Sinais Vitais

192. Sinais Vitais

193. Sinais Vitais

194. Sinais Vitais

195. Sinais Vitais

196. Sinais Vitais

197. Sinais Vitais

198. Sinais Vitais

199. Sinais Vitais

200. Sinais Vitais

201. Sinais Vitais

202. Sinais Vitais

203. Sinais Vitais

204. Sinais Vitais

205. Sinais Vitais

206. Sinais Vitais

207. Sinais Vitais

208. Sinais Vitais

209. Sinais Vitais

210. Sinais Vitais

211. Sinais Vitais

212. Sinais Vitais

213. Sinais Vitais

214. Sinais Vitais

215. Sinais Vitais

216. Sinais Vitais

217. Sinais Vitais

218. Sinais Vitais

219. Sinais Vitais

220. Sinais Vitais

221. Sinais Vitais

222. Sinais Vitais

223. Sinais Vitais

224. Sinais Vitais

225. Sinais Vitais

226. Sinais Vitais

227. Sinais Vitais

228. Sinais Vitais

229. Sinais Vitais

230. Sinais Vitais

231. Sinais Vitais

232. Sinais Vitais

233. Sinais Vitais

234. Sinais Vitais

235. Sinais Vitais

236. Sinais Vitais

237. Sinais Vitais

238. Sinais Vitais

239. Sinais Vitais

240. Sinais Vitais

241. Sinais Vitais

242. Sinais Vitais

243. Sinais Vitais

244. Sinais Vitais

245. Sinais Vitais

246. Sinais Vitais

247. Sinais Vitais

248. Sinais Vitais

249. Sinais Vitais

250. Sinais Vitais

251. Sinais Vitais

252. Sinais Vitais

253. Sinais Vitais

254. Sinais Vitais

255. Sinais Vitais

256. Sinais Vitais

257. Sinais Vitais

258. Sinais Vitais

259. Sinais Vitais

260. Sinais Vitais

261. Sinais Vitais

262. Sinais Vitais

263. Sinais Vitais

264. Sinais Vitais

265. Sinais Vitais

266. Sinais Vitais

267. Sinais Vitais

268. Sinais Vitais

269. Sinais Vitais

270. Sinais Vitais

271. Sinais Vitais

272. Sinais Vitais

273. Sinais Vitais

274. Sinais Vitais

275. Sinais Vitais

276. Sinais Vitais

277. Sinais Vitais

278. Sinais Vitais

279. Sinais Vitais

280. Sinais Vitais

281. Sinais Vitais

282.



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Thonatan da Silva Mineiro APT OU LEITO: F-18 Nº DO PRONTUÁRIO: 10 DATA: 10/03/2019

CIRURGIA: Exploração do Escroto "E"

TEMPO DE DURAÇÃO	
INICIO	FIM
<u>11:01</u>	<u>11:30h</u>
TEMPO TOTAL	

EQUIPE MÉDICA

ANESTESISTA:	<u>Dr. Fabiano</u>
RES. ANESTESIA:	<u>Dr. Daniele</u>
INSTRUMENTADOR:	

CIRURGIÃO: Dr. Arthur

1ª AUXILIAR:

AUXILIAR:

CIRCUANTE: Gilberto

TEMPO DE DURAÇÃO: Elizangela M.

TIPO DE ANESTESIA: Raqui 10:50

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
<u>1</u>	POLY COMPRESSAS		<u>1</u>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	<u>500ml</u>
<u>1</u>	PAQUETE GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<u>7,5</u>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<u>1</u>	LUVA ESTERIL 7.5		<u>1</u>	FIO VICRYL N° <u>2.0</u>	
<u>1</u>	LUVA ESTERIL 8.0		<u>1</u>	FIO MONONYLON N° <u>3.0</u>	
<u>1</u>	LUVA ESTERIL 8.5		<u>1</u>	FIO ALGODÃO SEM AGULHA N° <u>2.0</u>	
<u>1</u>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
<u>1</u>	LÂMINA BISTURI N° <u>11</u>		<u>1</u>	FIO CATGUT SIMPLES N° <u>2.0</u>	
	DRENO DE SUCCO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
<u>1</u>	SERINGA 01ML		<u>1</u>	Equipe macro	
<u>1</u>	SERINGA 03ML			Equipe micro	
<u>1</u>	SERINGA 05 ML		<u>1</u>	Equipe micro	
<u>1</u>	SERINGA 10ML			Equipe micro	
<u>1</u>	SERINGA 20ML			Equipe micro	
<u>1</u>	<u>Elitaudos</u>			<u>Equipe micro</u>	
<u>1</u>	<u>agulha 40x12</u>			<u>Equipe micro</u>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE <u>Ana Renato</u> <u>Jaqueline</u>	MATERIAL MEDICAMENTOS	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCUANTE DE SALA <u>Elizangela M.</u> <u>Gilberto</u>	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SUB-TOTAL	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

07 OUT. 2019

07 OUT. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Artur José Piccirilli de Souza
Urologia
CRM-RS 11441 ROE 529

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

F-18

UNIDADE: ET 3

HOR. 2600

QUARTO

LEITO

Nº DO REGISTRO

JOAQUIM de Jesus Munez

PROFIS: N. J. RESPONSÁVEIS

urologia

DATA/HORA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

1) J. de Jesus Munez

SND

2) 500mg (N) 6/6h

13.17h pausado unde
ao cc.

(30 g 5/min)

18:00 PA: 160 x 100

3) 100mg 1g (N) 6/6h

18:00 PA: 160 x 100

4) 200mg 20mg + N (N) 6/6h

23h5 PA 115 x 67
P 67 736.1C

5) 200mg 20mg + N (N) 12/12

06h5 PA 132 x 73
P 98 T. 35.1C

6) 200mg 20mg + N (N) 2/2

7) 200mg 20mg + N (N) 2/2

8) 200mg 20mg + N (N) 2/2

Rotina

9) 200mg 20mg + N (N) 2/2

Rotina

11/03/19 Artur José Piccirilli de Souza

Artur José Piccirilli de Souza
Urologia
CRM-RS 11441 ROE 529

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANESTESIA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Francisco da Silva M. Neto
Assinatura: Dr. Neto

Anestesiista: Dr. Fabiano / Dr. Eduardo / Dr. Daniel

Paciente: ONFIMOCU

Cirurgião: Dr. Carlos (Sala Operatória)

☒ Alerta de Sinais Clínicos

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: (☒ Sim) () Não

☒ Procedimento

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Aplicar

() Identificação do paciente

☒ Não se aplica

() Assinatura cirúrgica

☒ Sinais Clínicos

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ Verificação de Segurança Anestésica

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ Oximetria de pulso no paciente em funcionamento

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ Paciente consciente

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações, não as partes da indicação de esterilização.

☒ Não

A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos.

☒ Sim, e equipamento/assistência disponível

Quantidade de oximetria eg Hora: 1

☒ Não

() Não se aplica

☒ Sim, e acesso intravenoso adequado e planejamento para fluidos

() Sim

Assinatura: Dr. Fabiano

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

Data: 20.03.19

() Não se aplica

SALA (Sala Pós-Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

(☒) Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

(☒) Sim () Não () Não se Aplica

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

() Sim () Não () Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

() Sim (☒) Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

(☒) Sim () Não () Não se Aplica

07 OUT. 2019

Assinatura e Carimbo



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA

REG:005 /2019	D.N.:17/04/90	
NOME: JHONATAN DA SILVA PINHEIRO	IDADE: 28	SEXO: M
EXAME: USG. BOLSA ESCROTAL		
PROCED: TRAUMA	MÉDICO SOLIC: JOEL G. DE SOUZA	

LAUDO ULTRASSONOGRAFICO DE BOLSA ESCROTAL

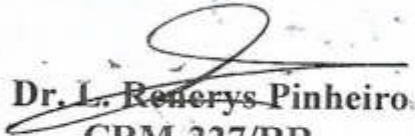
TESTÍCULO DIREITO: Tópico, homogêneo, bordas regulares; bem delimitado. Ausência de lesões focais.

EPIDÍDIMO DIREITO: Cabeça, corpo e cauda acusticamente normais,

TESTÍCULO ESQUERDO E EPIDÍDIMO ESQUERDO: perda da arquitetura natural laceração parcial do testículo com extravasamento de liquido livre para bolsa escrotal e edema acentuado dos sub cotaneo testicular

HD: derrame seroso e hemático para bolsa escrotal e laceração parcial do testículo esquerdo

Boa Vista-RR, 10/3/2019 06:00


Dr. L. Renerys Pinheiro
CRM-227/RR

07 OUT. 2019

E

79.4 %

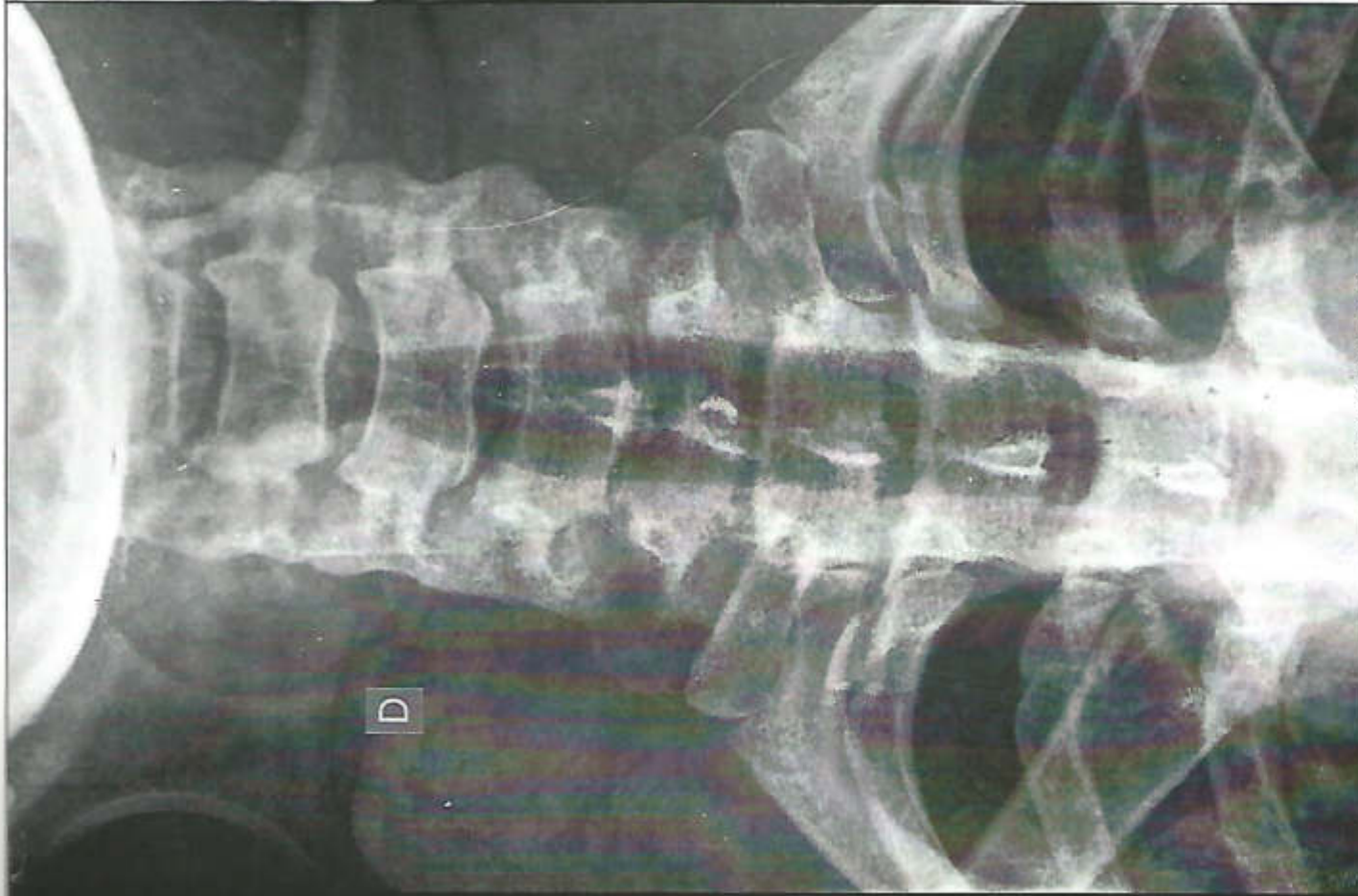
JONATAN DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

10/3/2019 06:17:28

Tam. real

10/3/2019 06:17:28

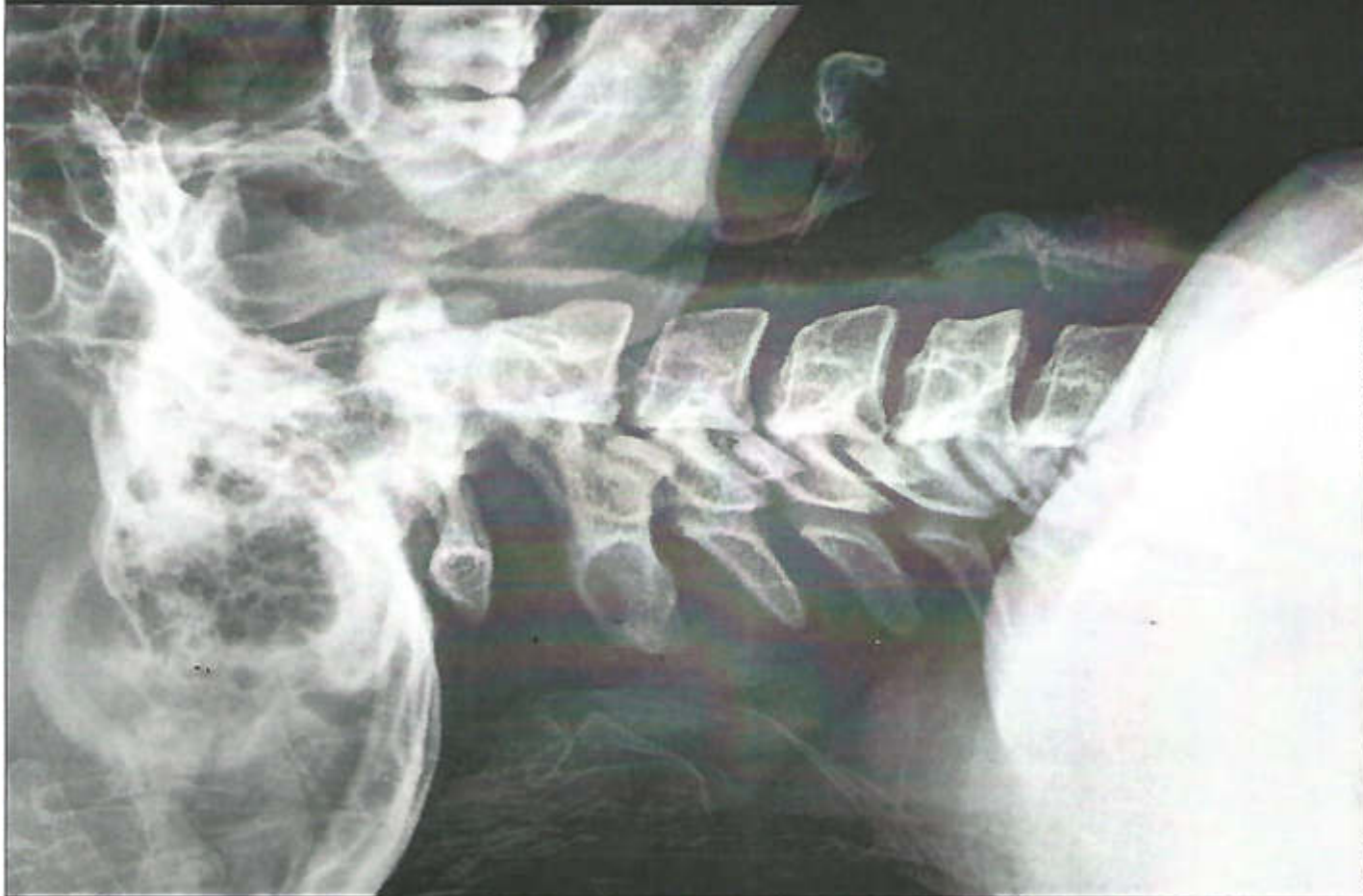


Tam. real

JONATAN DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

10/3/2019 06:17:28



85,7 %

10/3/2019 06:17:28

D



X

JONATAN DA SILVA

10/3/2019 06:17:28

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

87,7 %



D

61,1 %

10/3/2019 08:15:20

JHONATAN SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



D

56,7 %

10/3/2019 08:15:20

D

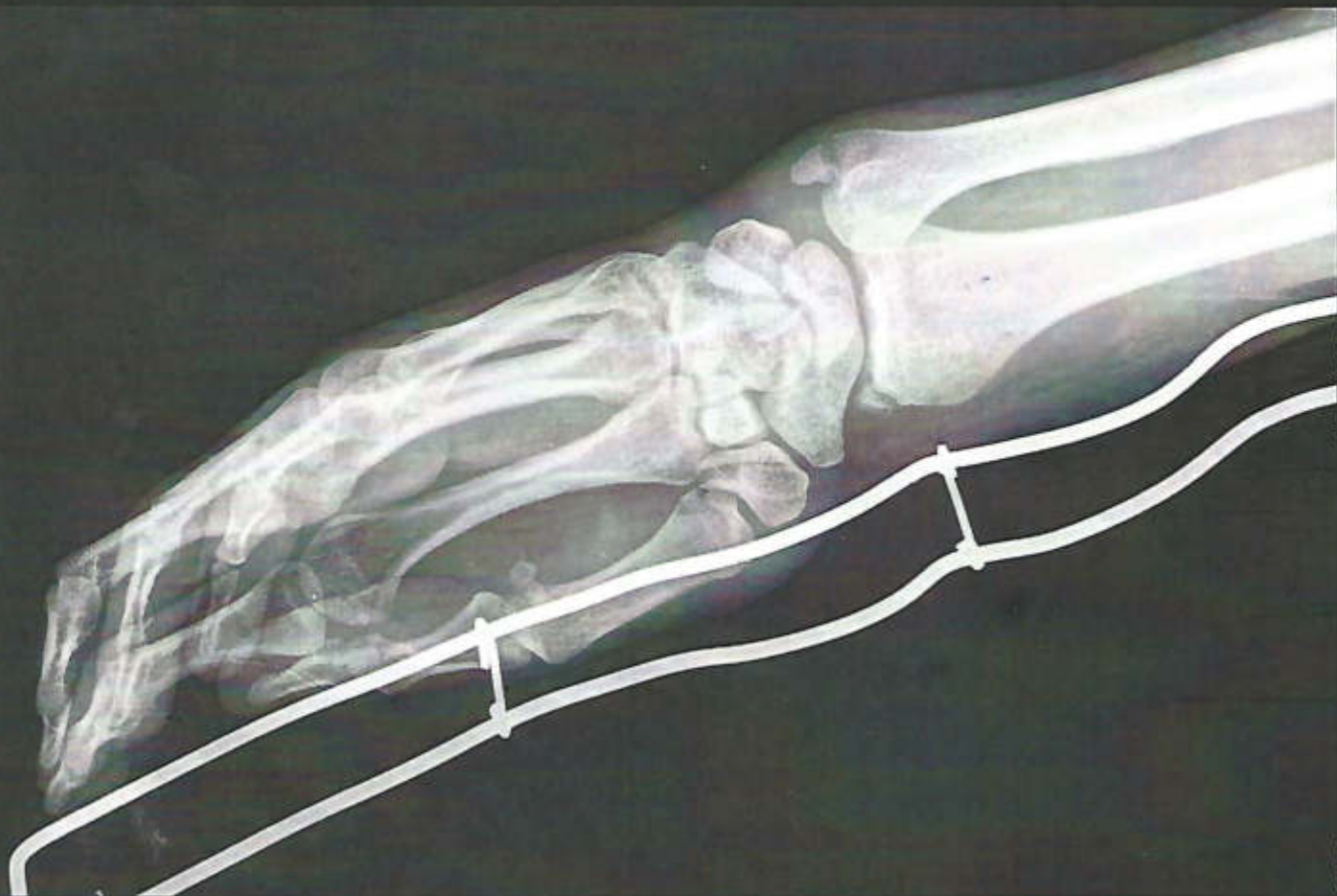


85,7 %

10/3/2019 06:17:28

JONATAN DA SILVA

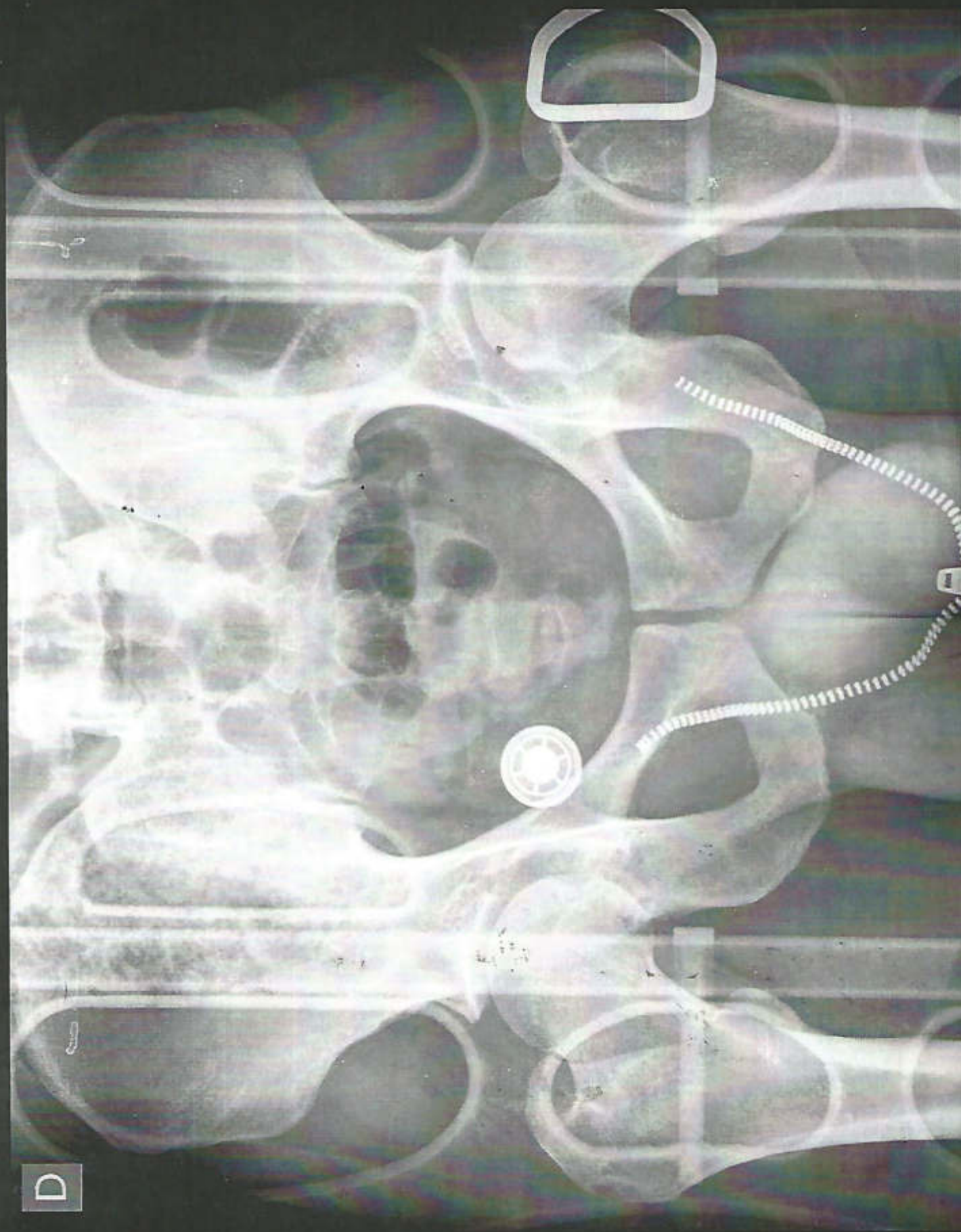
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

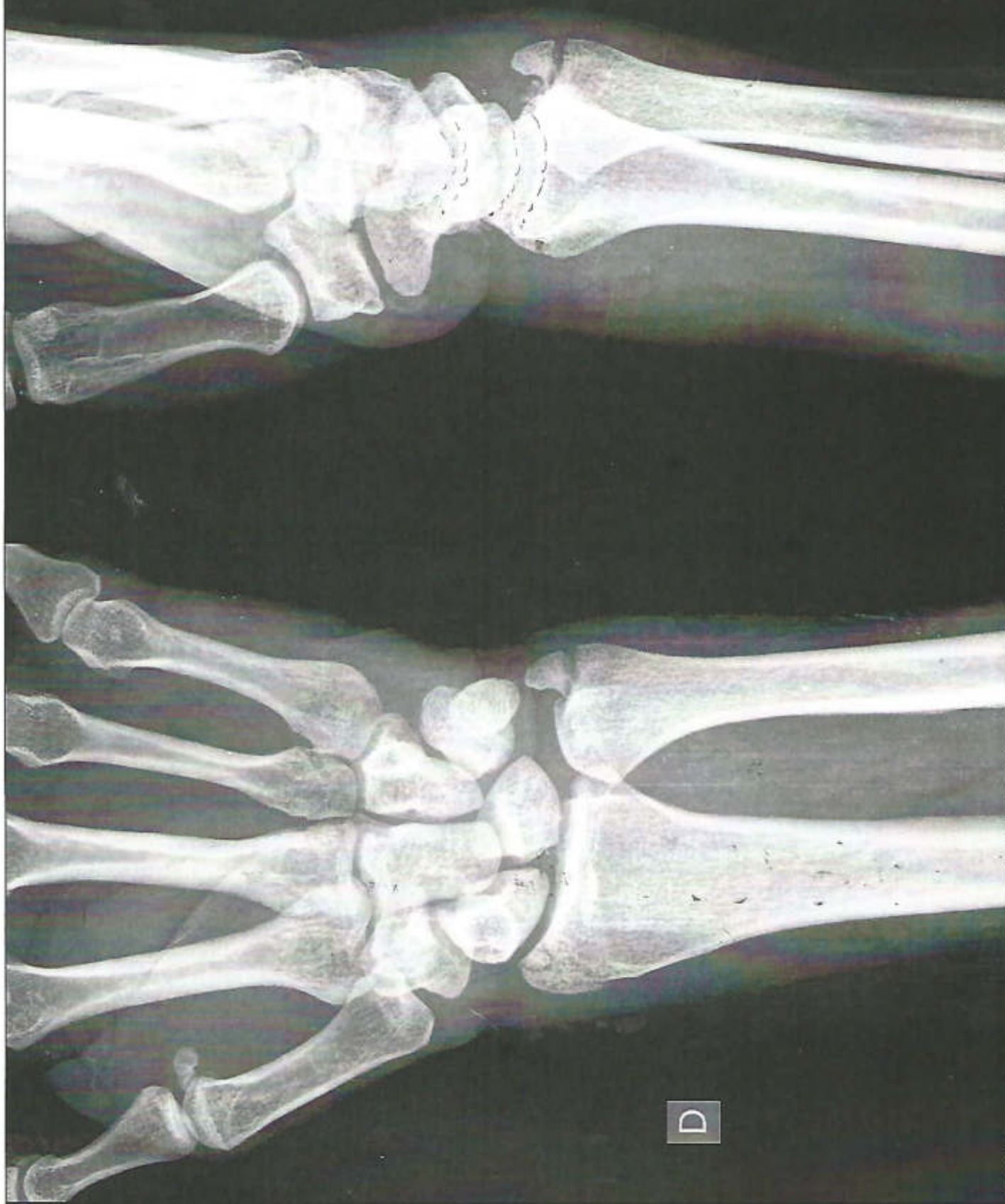


85,7 %

10/3/2019 06:17:28

D





D

10/3/2019 06:17:28

125.0 %

10/3/2019 06:17:28

125.0 %

JONATAN DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PHILIP BELLANCA 6 PE R
10 MAR 2019 06:10:42.0 80282-17
120KV, 109MA 331.03 mm
SC 389.0 mm
SM 3.00 mm

PHILIP BELLANCA 6 PE R
10 MAR 2019 06:10:42.0 80282-17
120KV, 109MA 331.03 mm
SC 389.0 mm
SM 3.00 mm

PHILIP BELLANCA 6 PE R
10 MAR 2019 06:10:42.0 80282-18
120KV, 109MA 351.72 mm
SC 389.0 mm
SM 3.00 mm

PHILIP BELLANCA 6 PE R
10 MAR 2019 06:10:42.0 80282-19
120KV, 109MA 372.41 mm
SC 389.0 mm
SM 3.00 mm

PHILIP BELLANCA 6 PE R
10 MAR 2019 06:10:42.0 80282-20
120KV, 109MA 393.10 mm
SC 389.0 mm
SM 3.00 mm

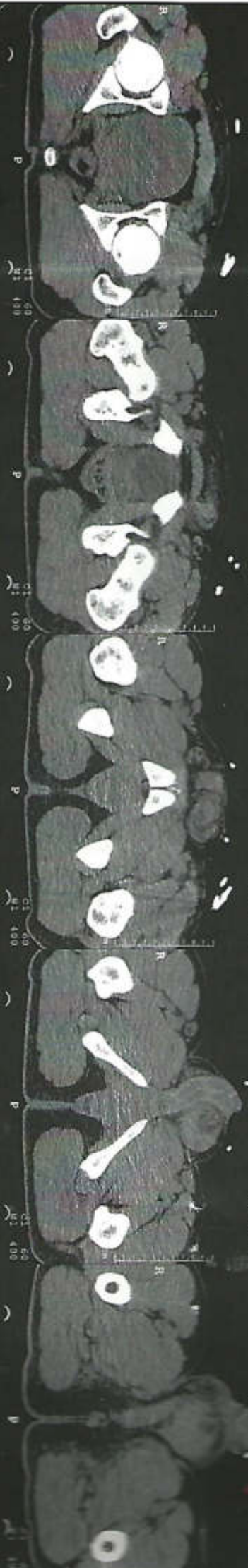


PHILIP BELLANCA 6 PE R
10 MAR 2019 06:10:42.0 80282-21
120KV, 109MA 414.48 mm
SC 389.0 mm
SM 3.00 mm

PHILIP BELLANCA 6 PE R
10 MAR 2019 06:10:42.0 80282-22
120KV, 109MA 435.17 mm
SC 389.0 mm
SM 3.00 mm

PHILIP BELLANCA 6 PE R
10 MAR 2019 06:10:42.0 80282-23
120KV, 109MA 475.86 mm
SC 389.0 mm
SM 3.00 mm

PHILIP BELLANCA 6 PE R
10 MAR 2019 06:10:42.0 80282-24
120KV, 109MA 496.15 mm
SC 389.0 mm
SM 3.00 mm

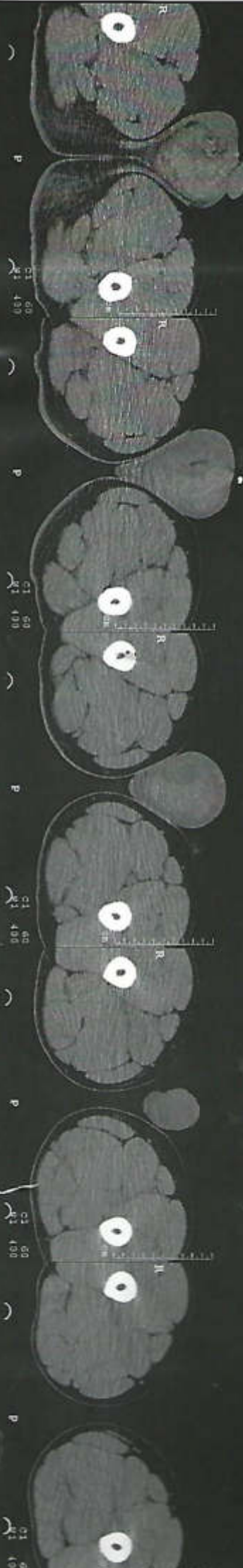


PHILIP BELLANCA 6 PE R
10 MAR 2019 06:10:42.0 80282-25
120KV, 109MA 516.84 mm
SC 389.0 mm
SM 3.00 mm

PHILIP BELLANCA 6 PE R
10 MAR 2019 06:10:42.0 80282-26
120KV, 109MA 537.53 mm
SC 389.0 mm
SM 3.00 mm

PHILIP BELLANCA 6 PE R
10 MAR 2019 06:10:42.0 80282-27
120KV, 109MA 558.22 mm
SC 389.0 mm
SM 3.00 mm

PHILIP BELLANCA 6 PE R
10 MAR 2019 06:10:42.0 80282-28
120KV, 109MA 578.91 mm
SC 389.0 mm
SM 3.00 mm



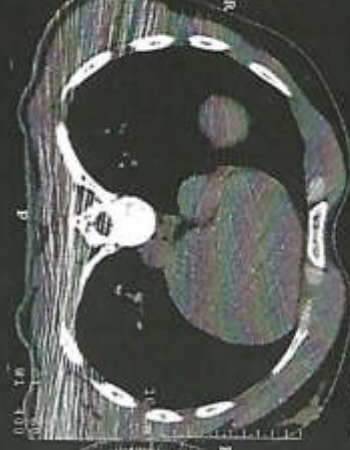
PHILIPS Brilliance 6.0

10 Mar 2019 06:10:42.0 80292-2
120KV, 109mA 20.08 mm
SC 389.0 mm
SW 3.00 mm



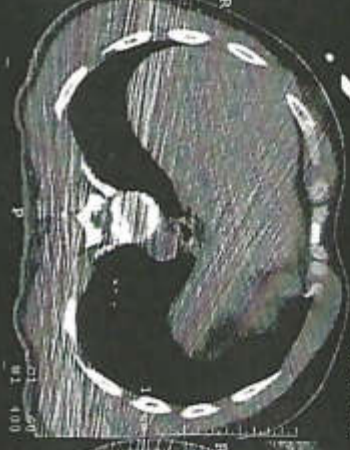
PHILIPS Brilliance 6.0

10 Mar 2019 06:10:42.0 80292-3
120KV, 109mA 41.28 mm
SC 389.0 mm
SW 3.00 mm



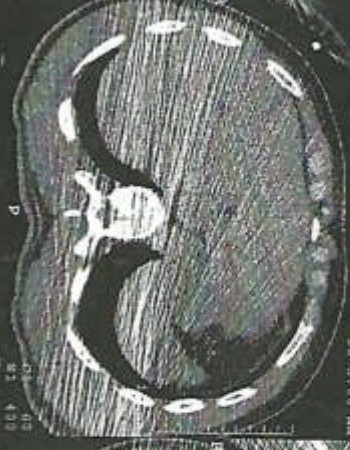
PHILIPS Brilliance 6.0

10 Mar 2019 06:10:42.0 80292-4
120KV, 109mA 62.07 mm
SC 389.0 mm
SW 3.00 mm



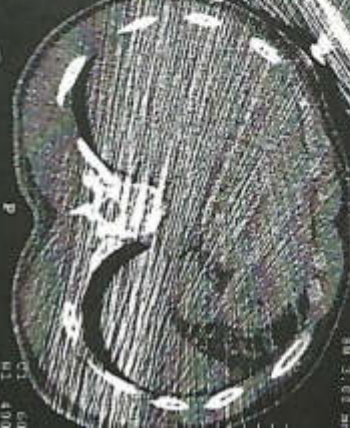
PHILIPS Brilliance 6.0

10 Mar 2019 06:10:42.0 80292-5
120KV, 109mA 82.06 mm
SC 389.0 mm
SW 3.00 mm



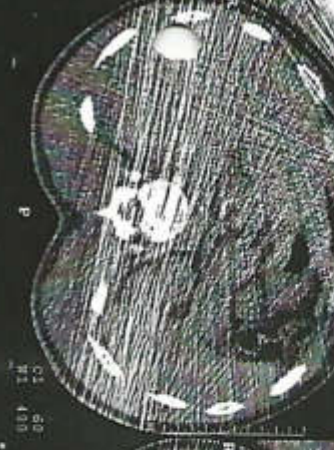
PHILIPS Brilliance 6.0

10 Mar 2019 06:10:42.0 80292-6
120KV, 109mA 102.05 mm
SC 389.0 mm
SW 3.00 mm



PHILIPS Brilliance 6.0

10 Mar 2019 06:10:42.0 80292-7
120KV, 109mA 121.14 mm
SC 389.0 mm
SW 3.00 mm



PHILIPS Brilliance 6.0

10 Mar 2019 06:10:42.0 80292-8
120KV, 109mA 141.83 mm
SC 389.0 mm
SW 3.00 mm



PHILIPS Brilliance 6.0

10 Mar 2019 06:10:42.0 80292-9
120KV, 109mA 165.52 mm
SC 389.0 mm
SW 3.00 mm



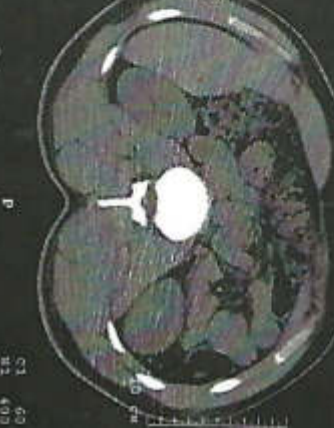
PHILIPS Brilliance 6.0

10 Mar 2019 06:10:42.0 80292-10
120KV, 109mA 186.21 mm
SC 389.0 mm
SW 3.00 mm



PHILIPS Brilliance 6.0

10 Mar 2019 06:10:42.0 80292-11
120KV, 109mA 206.06 mm
SC 389.0 mm
SW 3.00 mm



PHILIPS Brilliance 6.0

10 Mar 2019 06:10:42.0 80292-12
120KV, 109mA 227.57 mm
SC 389.0 mm
SW 3.00 mm



PHILIPS Brilliance 6.0

10 Mar 2019 06:10:42.0 80292-13
120KV, 109mA 248.58 mm
SC 389.0 mm
SW 3.00 mm



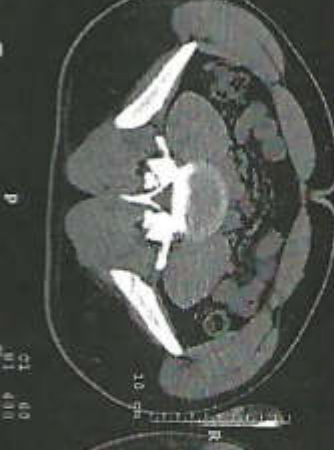
PHILIPS Brilliance 6.0

10 Mar 2019 06:10:42.0 80292-14
120KV, 109mA 269.57 mm
SC 389.0 mm
SW 3.00 mm



PHILIPS Brilliance 6.0

10 Mar 2019 06:10:42.0 80292-15
120KV, 109mA 289.66 mm
SC 389.0 mm
SW 3.00 mm



PHILIPS Brilliance 6.0

10 Mar 2019 06:10:42.0 80292-16
120KV, 109mA 309.75 mm
SC 389.0 mm
SW 3.00 mm



PERT DO PA	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: _____

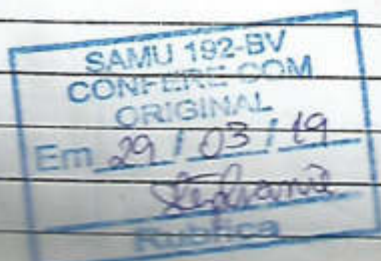
GESTANTE			
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante	
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 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 checked="" 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 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 type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° ____	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° ____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

07 OUT. 2019

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

+ lesão atadivora de 8 cm
 + xirapau de luto m
 + 02 curativos
 + uma tala de punho

Fomos acionados para uma ocorrência em apoio ao BOM
 Comandante de trânsito moto / moto. Dami vitima ZTT assumiu
 a vitima gravada da Silva mineiro, 28 anos. Condutor da moto
 que se encontrava fora da área do trânsito, vitima deslocou
 para fora da área, encontrado em decubito dorsal, BOM letif.
 com uma fratura fechada de punho direito, com curativo novo
 segundo, fratura fechada no 3º dedo do pé direito, com curativo de
 algodão e ferimento a barbo no dedo anelar, com 1 colunna
 nos tendões, foto mobilizada, com curativo a curativo de
 reaparelho que nos orientou a conduzir para o GT HGR



1749436179

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1749436179

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JUCHATAP DA SILVA MINEIRO

5906457 SEP PA.

999.184.712-06
17/04/1990

ANTONIO CHAVES MIRALLES

DESTINAR DOS SANTOS DA

SEVEN

AB

05111809422

08/06/2021

27/12/2010

SECRETARIA DO PORTADOR

FOR VISTA, JR.

26/01/2019

NO. 0000010000
CREATION FINEARTS
STUDIO, INC.
ASSOCIATES, P.O. BOX 10000
56542818064
MR2100002913

RORAIMA

07 OCT. 2019

2020

14 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (ÓRG. EMISSOR) 114807 SSP RJ

CPF 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO 07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO 01101912304 VALOR 28/01/2020 F. HABILITAÇÃO 15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO 30/01/2015

ASSINATURA DO EMISSOR JOSCELINO KUMTSCHEK PEREIRA DIRETOR PRESIDENTE 92485240616 8207968020

980151096

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

980151096

PROIBIDO PLASIFICAR

07 OUT. 2019

**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:	3190571148
Nome do(a) Examinado(a):	JHONATAN DA SILVA MINEIRO
Endereço do(a) Examinado(a):	AVENIDA PARIMÉ BRASIL 1436 3 CARANÃ
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	999.184.712-04
Data e local do acidente:	10/03/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 16/01/2020

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 FRATURA DO RÁDIO/ULNA D + HALUX D (BASE FALANGE DISTAL) + CONTUSÃO/LACERAÇÃO TESTÍCULO E

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

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 45 DIAS EM PUNHO/PÉ D + CIRURGIA NO TESTÍCULO; NÃO CONSEGUIU FAZER FISIOTERAPIA DEVIDO FALTA DE VAGA NO SETOR PÚBLICO

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

PUNHO: ALTERAÇÃO ANATOMICA COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO/CIRCUNDAÇÃO

HALUX D: AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS INTERFALANGEANOS

TESTÍCULO: EDEMA LOCAL COM TESTÍCULO ESQUERDO MAIOR QUE O DIREITO/ COM QUEIXAS DE COMPROMETIMENTO DE SUA VIDA SEXUAL

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.

PUNHO D: COMPROMETIMENTO EM GRAU MODERADO

HALUX D: COMPROMETIMENTO EM GRAU ACENTUADO

TESTÍCULO E: COMPROMETIMENTO EM GRAU ACENTUADO

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): PUNHO DIREITO

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

Região Corporal (Sequela): HALUX D

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

Região Corporal (Sequela): TESTICULO E

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571148

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JHONATAN DA SILVA MINEIRO

Data do acidente: 10/03/2019

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO/ULNA D, FRATURA DO HALUX D (BASE FALANGE DISTAL) E CONTUSÃO/LACERAÇÃO DO TESTÍCULO E

Descrição do exame físico: APRESENTA DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO E CIRCUNDAÇÃO DO PUNHO DIREITO, AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS INTERFALANGEANA EM HÁLUX DIREITO E EDEMA LOCAL EM TESTÍCULO ESQUERDO COM QUEIXA DE COMPROMETIMENTO NA VIDA SEXUAL.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO RÁDIO/ULNA D, FRATURA DO HALUX D (BASE FALANGE DISTAL) E CONTUSÃO/LACERAÇÃO DO TESTÍCULO E, FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA EM PUNHO E PÉ DIREITOS E TRATAMENTO CIRÚRGICO EM TESTÍCULO.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO DIREITO E HÁLUX DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECU DEFICIÊNCIA NO PUNHO DIREITO EM GRAU MODERADO E HÁLUX DIREITO EM GRAU INTENSO. O EDEMA TESTICULAR NÃO SE ENQUADRA EM SEQUELAS INDENIZÁVEIS.

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			20 %	R\$ 2.700,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571148 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHONATAN DA SILVA MINEIRO **Data do acidente:** 10/03/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM REGIÃO PÉLVICA.
FRATURA DE PUNHO DIREITO.
FRATURA DE JOELHO ESQUERDO.
FRATURA DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: * SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347578/19

Vítima: JHONATAN DA SILVA MINEIRO

CPF: 999.184.712-04

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 10/03/2019

Titular do CPF: JHONATAN DA SILVA MINEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

JHONATAN DA SILVA MINEIRO : 999.184.712-04

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: 07/10/2019
Nome: JHONATAN DA SILVA MINEIRO
CPF: 999.184.712-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

JHONATAN DA SILVA MINEIRO

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347578/19

Número do Sinistro: 3190571148

Vítima: JHONATAN DA SILVA MINEIRO

CPF: 999.184.712-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2019

Titular do CPF: JHONATAN DA SILVA MINEIRO

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JHONATAN DA SILVA MINEIRO : 999.184.712-04

Autorização de pagamento

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: 08/01/2020
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190571148 Vítima: JHONATAN DA SILVA MINEIRO

Data do Acidente: 10/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JHONATAN DA SILVA MINEIRO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190571148

Vítima: JHONATAN DA SILVA MINEIRO

Data do Acidente: 10/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JHONATAN DA SILVA MINEIRO

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, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190571148

Vítima: JHONATAN DA SILVA MINEIRO

Data do Acidente: 10/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JHONATAN DA SILVA MINEIRO

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

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: 999.384.712-04 4 - Nome completo da vítima: Thonatan da Silva Muneiro

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

5 - Nome completo: Thonatan da Silva Muneiro 6 - CPF: 999.384.712-04

7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Av. Parime Brasil 9 - Número: 1436 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Carana 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-623

15 - E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel./DDD: (95) 98403-5060

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: 0653 CONTA: 37686 0

(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 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

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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Boa Vista-RR, 28 de novembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Thonatan da Silva Muneiro

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

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: 999.384.712-04 4 - Nome completo da vítima: Thonatan da Silva Muneiro

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

5 - Nome completo: Thonatan da Silva Muneiro 6 - CPF: 999.384.712-04

7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Av. Parime Brasil 9 - Número: 1436 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Carana 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-623

15 - E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel./DDD: (95) 98403-5060

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: 0653 CONTA: 37686 0

(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 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

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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Boa Vista-RR, 28 de novembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Thonatan da Silva Muneiro

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____