

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:
	025.873.582-33	DENNER SOUZA DUARTE
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: ROSANGELA NUNES MASULLO		
Profissão:	Endereço:	CPF: 321.803.442-53
RECUSOU	AV: MANOEL FELIPE	Número: 1467
Bairro: ASA BRANCA	Cidade: BOA VISTA	CEP: 69.308-370
E-mail: RANZANASULLO@HOTMAIL.COM	Estado: RR	Tel.(DDD): 93/99158-4307

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

**RENDA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: 7370 CONTA: 0038946 4
(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, § 2º, 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: <input type="text"/>
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

SABEMI SEGURADORA S/A

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

14 NOV 2018

(\*) 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.

RECEBIDO





UNIDADE: BRAVO (Mucajai) EQUIPE: Jaws Chicago  
 Paciente: Denner Souza Duarte 23 anos Sexo: ☒ M ☐ F  
 Nacionalidade: Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena - Etnia:  
 Endereço: BR 174 128 Telefone:  
 Ponto de Referência:

Nº da Ocorrência: 1243 Data: 22/03/18 Hora do Aclonamento: 08:51

Médico(a) Regulador(a): Alison Hora Cegada no Local: (J/10): 08:55

MOTIVO: ☒ Socorro ☐ Transporte ☐ Remoção ☐ Intra-hospitalar ☐ Apoio ☐ Outros

AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLENCIA	OUTROS
<input type="radio"/> Atropelamento	<input type="radio"/> Uso do cinto <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Agressão física	<input type="radio"/> Acidente de trabalho
<input type="radio"/> Capotamento	<input checked="" type="radio"/> Vítima projetado	<input type="radio"/> Esparramamento	<input type="radio"/> Local <input type="radio"/> Transit.
<input checked="" type="radio"/> Colisão X ponte	<input type="radio"/> Colisão X _____	<input type="radio"/> FAF	<input type="radio"/> Queda altura aprox. _____
<input checked="" type="radio"/> Motorista	<input type="radio"/> Motorista	<input type="radio"/> FAF	<input type="radio"/> Acidente doméstico
<input type="radio"/> Passageiro dianteiro		<input type="radio"/> Tentativa de Suicídio	<input type="radio"/> Queimadura agente
<input type="radio"/> Passageiro traseiro	MOTO / BICICLETA	<input type="radio"/> Violência doméstica	<input type="radio"/> Agressão por animal
	<input type="radio"/> Acidente com moto X _____	<input type="radio"/> Violência Sexual	<input checked="" type="radio"/> Outros
	<input type="radio"/> Queda de moto:		<u>Influência</u>
	<input type="radio"/> Com capacete		
	<input type="radio"/> Sem capacete		
	<input type="radio"/> Bicicleta		
	<input checked="" type="radio"/> Condutor		
	<input type="radio"/> Queda de bicicleta		
	<input type="radio"/> Passageiro		

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AValiação NEUROLÓGICA
<input type="radio"/> Apnéia <input type="radio"/> Braconêla <input type="radio"/> Dispneia <input type="radio"/> Eupnéico <input type="radio"/> Obstruída <input type="radio"/> Respiração Ruidosa <input type="radio"/> Tequilosa	<input type="radio"/> Abolida <input type="radio"/> Ferida aspirativa <input type="radio"/> Hipertímpano <input type="radio"/> M.V. ausente <input type="radio"/> M. V. diminuído <input type="radio"/> Maciez	<input type="radio"/> Arritmico <input type="radio"/> Ausente <input type="radio"/> Bradicardia <input type="radio"/> Enchimento capilar > 2s <input type="radio"/> Taquicardia	<input type="radio"/> AVON <input type="radio"/> DNV <input type="radio"/> Miose <input type="radio"/> Midríase <input type="radio"/> Anisocoria <input type="radio"/> Alcoolizado

Info	Here	PA mmHg	EC bpm	EC mm	Sr: C <sup>2</sup> %	Temp. °C	Esc. Visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	WGA
Fim		20/134	71 bpm	22	94%				

PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TORAX	ABDOME	
<input type="radio"/> Clorótica <input checked="" type="radio"/> Corada <input type="radio"/> Fria <input type="radio"/> Palida <input type="radio"/> Quente <input type="radio"/> Úmida <input type="radio"/> Seca	<input type="radio"/> Afundamento <input type="radio"/> Contusão <input type="radio"/> Escoriação <input type="radio"/> Fer. Penetrante <input type="radio"/> Hematoma <input type="radio"/> Laceração	<input type="radio"/> Contusão <input checked="" type="radio"/> Escoriações <input type="radio"/> Lacerações <input type="radio"/> Ferimento agudo <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Desvio da traqueia <input type="radio"/> Enfisema subcutâneo <input type="radio"/> Escoriações <input type="radio"/> Hematoma <input type="radio"/> Lacerações <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Escoriações <input type="radio"/> Lacerações <input type="radio"/> Resp. paradoxal <input type="radio"/> Tamponamento <input type="radio"/> Torax instável <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Distendido <input type="radio"/> Doloroso <input type="radio"/> Em tabua <input type="radio"/> Escoriações <input type="radio"/> Evs coração <input type="radio"/> Respiração Ruidosa	
PELVE	COLUNA DORSAL		MEMBROS			
<input type="radio"/> Contusão <input type="radio"/> Escoriações <input type="radio"/> Dor <input type="radio"/> Instabilidade	<input type="radio"/> Contusão <input type="radio"/> Hematoma <input type="radio"/> Dor <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Intensa <input type="radio"/> Deformidade		<input type="radio"/> Contusões <input checked="" type="radio"/> Escoriações <input checked="" type="radio"/> Lacerações <input type="radio"/> Luxações <div style="text-align: right;">M.I.D</div>			<input checked="" type="radio"/> Fratura? M.S.D <input type="radio"/> Amputação <input type="radio"/> Esmagamento <input type="radio"/> Avulsão <div style="text-align: right;">VITÓRIA DEBRESSA</div>

ADORA S/A	<input type="radio"/> Fibrilação atrial	<input type="radio"/> Cardiovascular	<input type="radio"/> Aborto	<input type="radio"/> Alergias	<input type="radio"/> Medicamentos em uso:
<input type="radio"/> Taquicardia	<input type="radio"/> Fibrilação ventricular	<input type="radio"/> Metabólica	<input type="radio"/> Digestiva	<input type="radio"/> Cardiopatia	
<input type="radio"/> Bradicardia	<input type="radio"/> Assintoma	<input type="radio"/> Neurológica	<input type="radio"/> Infecçiosa	<input type="radio"/> Diabetes	
2018 ter		<input type="radio"/> Psiquiátrica	<input type="radio"/> Obstétrica	<input type="radio"/> HAS	
		<input type="radio"/> Respiratória	<input type="radio"/> Pediátrica	<input type="radio"/> Sequela AVC	
				<input type="radio"/> OUTRO	<input type="radio"/> INDETERMINADO

☐ Cancelamento  
☐ Não se encontra no local

☐ Recusa de atendimento  
☐ Recusa de hospitalização  
☐ Bombeiro no local

☐ Polícia Militar  
☐ SMTRAN  
☐ PRF

☐ Guarda Municipal  
☐ Bombeiro  
☐ DETRAN

☐ Inicializada: \_\_\_\_\_ ☐ RCP com sucesso ☐ RCP não realizado  
☐ Terminada: \_\_\_\_\_ ☐ RCP sem sucesso OBS: \_\_\_\_\_

☐ Atendimento no local      ☒ Grande Trauma - GT      ☐ Policlínica Cosme e Silva - PCCS      ☐ Hospital das Clínicas - HCR / H...  
☐ Pronto Atendimento - PAAR      ☐ Hospital de Oncologia - HOCM      ☐ Hospital Santa André - HCSA      ☐ Hospital Lota Hs - H.L.I.  
☐ HMNSN      ☒ Hospital José Gervásio Catão

320NAT134 AT CAR WBC MED TO DO INTERNE RC

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no centro da rodovia)

Journal of Management Education 32(1)

SABEMI SEGURODORA S/A

14 NOV 2018

RECEBIDO

PESSOAS  
(PACIENTE)

Descrição

Nome do Receptor

Função do Receptor

Assinatura do Receptor

TERMO DE  
RECUSA

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento Médico disponibilizado pelo SAMU / MUCAJA - RR, nessa oportunidade

Assinatura do Paciente

RG

SABEMI SEGURADORA S/A

MATERIAL E MEDICAÇÃO

14 NOV 2018

RECEBIDO

GESTANTE

IG a/ semana

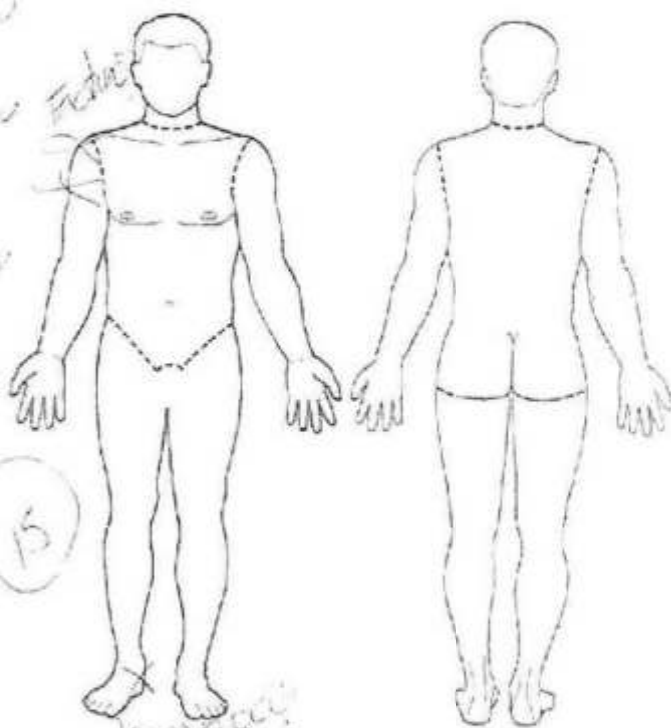
Movimentos fetais

Perda de líquido

BCF

☐ Com cântaro ☐ Sem cântaro

1	Abertura Ocular (O)	Espontânea	4 pontos
		Estímulo verbal	3 pontos
		Estímulo doloroso	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto
2	Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
		Localiza dor	5 pontos
		Flexão normal (retirado)	4 pontos
		Flexão anormal (decorticado)	3 pontos
		Extensão (despercebida)	2 pontos
		Sem resposta (fácida)	1 ponto
3	Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
		Confuso	4 pontos
		Palavras inapropriadas	3 pontos
		Sons incompreensíveis	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

*politraumatizado / Acidente de trânsito*

*[Signature]*  
Médico  
CRM-994



COMPANHIA DE AGUA E ESGOTO DE RORAIMA  
RUA MELVIM JONES - NUMERO - 219 - SAO PEDRO BOA VISTA RR 69306-610  
CNPJ: 05.919.467/0001-25 - INSC. ESTADUAL Nº 24096114-4  
Informações e/ou Reclamações - Ligue 08002809520

EXTRATO DE DÉBITO DO IMÓVEL

ESCRITÓRIO  
MUCAJAI

INSCRIÇÃO		NOME DO USUÁRIO CPF/CNPJ: 241.782.502-30				MATRÍCULA			
003.002.205.0620.000		DILSON RODRIGUES DUARTE				404616			
ENDEREÇO DO IMÓVEL		AV NOSSA SENHORA DE FATIMA, 5125 - CENTRO MUCAJAI RR 69340-000				2503363			
SA	SE	ECONOMIAS	RES.	COM.	IND.	PÚB.	TIPO DE CONS.	DATA EMISSÃO	NÃO RECEBER APÓS
3	1		001				NORMAL	03/05/2018	20/05/2018
MÊS/ANO		VENCIMENTO		VALOR		MÊS/ANO		VENCIMENTO	
04/2018		20/05/2018		23,83					

SABEMI SEGURADORA S/A

14 NOV 2018

RECEBIDO

DÉBITO ORIGINAL	23,83
SERVIÇOS/ATUALIZAÇÃO	0,00
DESCONTO/CRÉDITOS	0,00
VALOR A PAGAR	23,83

O PAGAMENTO DAS FATURAS EM ATRASO PODERÁ SER EFETUADO ATRAVÉS DESTES DOCUMENTOS. LEMBRAMOS QUE A EXISTÊNCIA DE DÉBITO LEVARÁ A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA E À COBRANÇA JUDICIAL.

VIA USUÁRIO AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: ANA PAULA CLAUDIA DE OLIVEIRA



INSCRIÇÃO	003.002.205.0620.000	NÃO RECEBER APÓS	20/05/2018	MATRÍCULA	404616	N. SEQUENCIAL	2503363
VALOR A PAGAR						23,83	

82600000000-8 23830004003-3 00040461600-5 25033631415-9



VIA CAER

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



14 NOV 2018

RECEBIDO



COMPANHIA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA DE SÃO PAULO  
SABEMI SEGURADORA S/A - C.A.S. - C.A.S. 0903 203 9520

Matrícula:

1041355

Setembro/2018

## Dados do Cliente:

RODRIGO SERRÃO NUNES

## Endereço para entrega:

RUA MANOEL FELIPE, N.º 1467 - 4 - 89  
BOA VISTA PR 53395-196

## Inscrição

## Rota

## Seq. Rota

## Quantidade de Economias

001.012.102.0281.004

7

3436

RESIDENCIAL

Hidrometro

Data de instalação

Situação Água

Situação Esgoto

Y11B007107

22/01/2015

LIGADO

FACTIVEL

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m³)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT. 102

102

0

32

LEITURA INF.

DT. LEITURA 17/08/2018 13/09/2018

## ULTIMOS CONSUMOS

201809 1-0  
201807 10-0  
201806 1-0  
201805 5-0  
201804 3-3  
201803 4-0

MEDIA 4

## DESCRICAO

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

0 M3 23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2018  
JUROS DE MORA 06/2018

0,49

0,24

## TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO: 15/10/2018

24,56

AVISO: EM 31/08/2018 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO



MTR. CULA

REFERENCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

1041355

09/2018

15/10/2018

24,56

82690000000-9 24560004001-9 00104135501-5 09201810003-9



Via do Cliente



COMPANHIA DE AGUA E ESGOTO DE RORAIMA  
RUA MELVIM JONES - NUMERO - 219 - SAO PEDRO BOA VISTA RR 69306-610  
CNPJ: 05.939.467/0001-15 - ISMC ESTADUAL Nº 24006114-4  
Informações e/ou Reclamações - Ligue 08002809520

EXTRATO DE DÉBITO DO IMÓVEL

ESCRITÓRIO  
MUCAJAI

INSCRIÇÃO		NOME DO USUÁRIO		CPF/CNPJ: 241.782.502-30		MATRÍCULA	
003.002.205.0620.000		DILSON RODRIGUES DUARTE				404616	
ENDEREÇO DO IMÓVEL							
AV NOSSA SENHORA DE FATIMA, 5125 - CENTRO MUCAJAI RR 69340-000						2503363	
SA	SE	ECONOMIAS	RES.	COM.	IND.	PÚBL.	TIPO DE CONS.
3	1		001				NORMAL
DATA EMISSÃO		NÃO RECEBER APÓS					
03/05/2018		20/05/2018					
MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR	MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR		
04/2018	20/05/2018	23,83					

SABEMI SEGURADORA S/A

27 NOV 2018

RECEBIDO

DÉBITO ORIGINAL	23,83
SERVIÇOS/ATUALIZAÇÃO	0,00
DESCONTO/CRÉDITOS	0,00
VALOR A PAGAR	23,83

O PAGAMENTO DAS FATURAS EM ATRASO PODERÁ SER EFETUADO ATRAVÉS DESTES DOCUMENTOS. LEMBRAMOS QUE A EXISTÊNCIA DE DÉBITO LEVARÁ A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA E A COBRANÇA JUDICIAL.

VIA USUÁRIO AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: ANA PAULA CLAUDIA DE OLIVEIRA



INSCRIÇÃO	NÃO RECEBER APÓS	MATRÍCULA	N. SEQUENCIAL
003.002.205.0620.000	20/05/2018	404616	2503363

VALOR A PAGAR 23,83

82600000000-8 23830004003-3 00040461600-5 25033631415-9



VIA CAER

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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:
	025.873.582-33	DENNER SOUZA DUARTE
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: ROSANGELA NUNES MASULLO		
Profissão:	Endereço:	CPF: 321.803.442-53
RECUSOU	AV: MANOEL FELIPE	Número: 1467
Bairro: ASA BRANCA	Cidade: BOA VISTA	CEP: 69.308-170
E-mail: RANZANASULLO@HOTMAIL.COM	Estado: RR	Tel.(DDD): 93/99158-4307

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

**RENDA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: 7370 CONTA: 0038946 4
(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 e 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, § 2º, 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: <input type="text"/> Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

SABEMI SEGURADORA S/A

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

14 NOV 2018

(\*) 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.

RECEBIDO



PACIENTE		DATA NASCIMENTO		IDADE		DOCUMENTO	
DENNER SOUZA DUARTE		22/05/1994		23a		Identid 3738299	
TELEFONE	SEXO	CNS 896004213411151	NATURALIDADE	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
91196809	MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>	BOA VISTA	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
PAI		MÃE					
DILSON RODRIGUES DUARTE		IVANEIDE SALES DE SOUZA					
ENDEREÇO		CIDADE		U.F.			
BR 174, 128		SAO JORGE		MUCAJAI		RR	
EMERGENCIA 1		2		3		4	
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
MOTIVO DO ATENDIMENTO		DATA DO ATENDIMENTO		HORA			
		22/01/2018		09:16			
SACD - EXAMES COMPLEMENTARES							
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	

CONDIÇÃO P/ ESTA UNIDADE  
PELO SNAU: 10 TE, 8 TO, 8/10

DATA/HORA CONSULTA ESPECIALIZADA E FREQUÊNCIA

SABEMI SEGURODORA S/A			
14 NOV 2018			
RECEBIDO			

AO Xant, encerrado pelo corpo  
muito clínicos de natureza  
químico 'D', faculdade com per  
de tráfego em andamento

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DATA HORA

PRESCRIÇÃO	ENFERMAGEM
<p>1. Rx anti- / Rx anti D / Rx p/ D!</p> <p>2. Tenoxicam 40mg (B) - <del>0.20</del></p> <p>3. Dipirona 1g (B) - <del>0.20</del></p> <p>4. Enc. p/ unidade de trauma (BV).</p>	<p>P.A. 130 x 30</p> <p>SPO2: 99%.</p>

OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 H) ☐

PARA GRITO

ANTES DO 1º SOCORRO ☐ SIM ☐ NÃO

DESTINO DO CORPO ☒ ENTREGUE À FAMILIA ☐ M U ☐ S ☐ ANTE

CARTEIRA DA ALTA: 84.013.440/0001-73

Hospital Est.: Ver. José Guedes Cardoso

ASS. CAPT. B. C. N. E. R. C. B. 412 POND AVE.

Guia 18002070 registrada por ERIDIANA

CA-ARNDT, C. A. ET AL.

84,013,440/0001-73

Hospital Est.: Ver. José Guedes Catão

Rua Marlene Araújo S/N  
CEP 69.340-000

Mucajaj

**CONFERE COM ORIGINAL**



17300000-173000

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



1800897656 22/01/2018 10:53:21 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: DENNER SOUZA DUARTE Data Nascimento: 22/05/1994 Idade: 23 A 8 M 0 D CNS: 898004213411151 CPF: 162070191814

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: Data Emissão: Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor: Naturalidade: MUCAJAI - RR Nacionalidade: BRASILEIRA

Mãe: IVONEIDE SALES DE SOUZA Pai: DILSON DUARTE Contato: (95) 99119-6309

Endereço: AVENIDA - NOSSA SENHORA DE FATIMA - 5125 - CENTRO - BOA VISTA - RR Ocupação: ESTUDANTE

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE CARRO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: PATRICIA.COLLYER

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)

Exame Físico: Paciente vítima de acidente automobilístico (sem cinto de segurança) com ferimentos na cabeça, glóbulos no dorso do ombro (D). Traçado pela SAMU.

Hipótese Diagnóstica: Laceração em calcanhar (D)

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

1) Diltiazem 1g (EV) Internar

2) Fentanyl 100mcg (EV)

Patricia Rabelo José  
CRM/R 1263 RQ 164

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório

☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)

☐ Alta a Revelar ☐ Internação

☒ Transferência para: Setor de Emergência Data e Hora da Saída/Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: patricia.collyer  
Data/Hora: 22/01/2018 10:56:40

CRM/R 1613

Márcio Freire  
Médico  
CRM/R 1613





**SUS**Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5 - NOME DO PACIENTE

*Denner Sany Duarte*

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO  
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*LAC Gran V*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Tto unipolar*

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

*Ammonia + G. físico + Imagem*

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

*Ins. crônica - clonada*

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

**PROCEDIMENTO SOLICITADO***Intern*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

*79451352770*

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

36 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

*0308010019 - T068  
V999  
5431*

22/01/18

501



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



DATA DE ADMISSÃO

LIM

LN

PACIENTE	Denner Sampaio Duarte				
DIAGNÓSTICO	LAC GRAU III V D				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	23	LEITO		DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manter
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12h 24h 36h 48h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12h 24h
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN				SN
6	TRAMAL 100MG+100MISF 0.9% EV OU 20gis VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
15	 Patrick Roberto Jose Ortopedia e Traumatologia CRM/RR 1283 RQE 164				
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

SINAIS VITAIS	PA	FC	ax =	
6 H				
12 H				
18 H	128x79	69	37°C	
24 H	148x90	79	36°C	
06H	130x82	77	35.8°C	

Maria de Fátima da Silva  
Técnica em Enfermagem  
COREN-RR 638901

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.





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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	DENNER SAMA DUARTE				
DIAGNÓSTICO	LAC GRAU 5				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	23	LEITO		DATA	23/01/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5-12
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO- SF0.9%500ML 12/12HS				24-26
3	CIPROFLOXACINO 500MG VO OU 400MG IV 12/12H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				24-26
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN				20-26
6	TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				24-26
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				24-26
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				24-26
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				24-26
10	SSVV + CCGG 8/6 H				24-26
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				24-26
14	CURATIVO DIARIO				24-26
15					
16					
17	AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-				
20	400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML				
	EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

Dr. Elder Soares  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1628/RR

SINAIS VITAIS	P.R	FC	SAX
6 H	111x70	76	36.5 C
12 H	130x77	82	36.5
18 H	113x77	96	37.1
24 H	111x85	94	36.8

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Na 20:36 paciente referido dor,  
ADMINISTRADOR ITER 5 CPM

Rivanildo G. Dantas  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 928664

Obs: Realizado curativo  
falta curativo



GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"



RECEITUÁRIO

NOME: DENNER SOUZA DUARTE 23a

Vítima de acidente automobilístico  
ejetado, TCE e/ Bossa, Glasgow 14,  
lesões laceradas em coxas e D, trauma torácico,  
L0TE, ocasionando amputação, expor  
m v ⊕ bilotemporalmente.  
AC: RCR 2+ S/ sopros ou extrusões.  
MBD: plom nosotens.  
Ao HGR o/ Exame complementor

DATA: 22, 1, 18

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Alvaro Fortes  
Ortopedia  
CRM 763




HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR JOSÉ GUEDES CATÃO  
Rua Marlene Araújo, s/n, Centro, CEP: 69.340-000 - Mucajaí/RR  
Telefone/Fax: Direção - (95) 3542-1386





216-2

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>					
<b>GOVERNO DE RORAIMA</b> <b>Hospital Geral de Roraima</b>							
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	DENNER SAMA DUARTE						
DIAGNÓSTICO	LAC GRAU 5						
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	23	LEITO	216-2	DATA	24/01/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						5ND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO- SF0.9%500ML 12/12HS						12-24
3	CIPROFLOXACINO 500MG VO OU 400MG IV 12/12H						SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H D3						12-24
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN						SN
6	TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N						SN
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H						Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG						SN
14	CURATIVO DIARIO						Rotina
15	Ceftriaxona 1g ev 6/6h						18-24 06-12
16							
17	AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA						
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),						
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-						
20	400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML						
	EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:							



Paciente de emergência  
em cuidados, admitido  
por trauma em membro  
inferior esquerdo.

Dr. Marcus Bruna  
MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Marcus Bruna  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1917/RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAx
6 H			
12 H	110x69	83	36.5
18 H			
24 H			

18h  
PA = 114 x 86  
FC = 84  
T = 36.0

Nota de Internação  
216-2

24  
PA = 120 x 86  
PS 86  
T = 36.8

PA 86  
126 x 74  
P = 86  
T = 35.8





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



DATA DE ADMISSÃO		OIH		DN	22/05/18
PACIENTE	Denilson Dias Braga				
DIAGNÓSTICO	fratura de fêmur				
ALERGIAS	NEGA	HAS	nega	DM	NEGA
IDADE	43	LEITO	216-2	DATA	26/05/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS				
5	Paracetamol 750mg vo 06/06h				
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

**1-SE DIABÉTICO** CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE  $\leq 60$  DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA  
**2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:** CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*[Handwritten signatures and notes in the medical evolution section]*

	PA	FC	FR	TEMP	
SINAIS VITAIS				36.4°C	
6 H	100x60	62		36.4°C	Denilson Dias Braga COREN-RR 996105.031-TE
12 H					
18 H	144x74	85		36.8	
24 H	100x70	70		36.6	Denilson Dias Braga COREN-RR 996105.031-TE



## PRESCRIÇÃO MÉDICA



DIH

DN

PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DE ADMISSÃO	DIH	DN	22/05/98
Dra. L. S. S. S.			



NEGA

2/10/15

**HORARIO**

#### DESCRIPTIVE DIARIO

[illegible][illegible]


--	--	--	--

[illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

--	--	--	--

**1-SE DIABÉTICO** CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE  $\leq 60$  DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

**2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:** CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

**CONCLUSÃO MÉDICA:**

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Stamp: RECEBIDO EM 1908]*

TEMP

1921 V. 104

[illegible]

94V69

26✓✓3

10456

06:40

$$95 \times 60$$

62

**Lidiandre Engenharia**  
TÉCNICA EM ENGENHARIA  
COREN-RR 818.370-75

8061 1908





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



PRESCRIÇÃO MÉDICA


DATA DE ADMISSÃO			DIH			DN		
PACIENTE	Lopes, Luiz Duarte							
DIAGNÓSTICO	FAC							
ALERGIAS	NEGA	HAS	nega	DM	NEGA			
IDADE	23	LEITO	216-2	DATA	27/11/11			
ITEM	PRESCRIÇÃO							HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE							
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS							
5	Paracetamol 750mg vo 06/06h							
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn							
7	SSVV+CCGG 6/6 horas							
8	CURATIVO DIARIO							
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
<p><b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; &gt;400: 10UI E OU GLICOSE <math>\leq</math> 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>								

EVOLUÇÃO MÉDICA:

22:00hs realizada Aup gelco 17 MSE, tec <sup>medicação</sup> Dabli  
06:00 pct reusou item 02. sem queixas  
segue aos cuidados da enfermeira Dabli  
Dabli Valesa Farias  
COREM/ROR 551.077 - TE  
Paulo C. Edson  
COREM/ROR 551.077 - TE

	PA	FC	FR	TEMP			
<b>SINAIS VITAIS</b>							
6 H	109x161	68	-	35.20			
12 H	106x112	89	-	36.20			
18 H							
24 H	109x70	80		34.90			





DATA DE ADMISSÃO				DIH		DN	22/05/1994
PACIENTE	denner souza duarte						
DIAGNÓSTICO	lac						
ALERGIAS	NEGA	HAS	nega	DM	NEGA		
IDADE	23	LEITO	216.2	DATA	31/01/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS						
5	Paracetamol 750mg vo 06/06h						
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn						
7	SSVV+CCGG 6/6 horas						
8	CURATIVO DIARIO						
9	cefalotina 1 g 6/6 horas ev						
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
<p><b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; &gt;400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .</p>							
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>							
<div style="float: right;">  <p>Emílio Bruno Rodrigues Costa Médico Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1732</p> </div>							
	PA	FC	FR	TEMP			
<b>SINAIS VITAIS</b>							
6 H							
12 H							
18 H	100/64	76	-	35.4			
24 H							



Denner

216-2

		<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		22/05/94	
PACIENTE Denner Luiz Duarte							
DIAGNÓSTICO LAL							
ALERGIAS		HAS	nega	DM	nega		
IDADE 23		LEITO	216.2	DATA	30/01/18		
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						5 LD
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas						09 16:00
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS						16 24:00
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 8/8 HORAS sn						5 LD
7	SSVV+CCGG 6/6 horas						ROTI NA
8	CURATIVO DIÁRIO						m
9	Cefalosf. am 1g 6/6 hrs (ED)						12:18 24:00
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
<b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA <b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.							
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>							
<p>Paciente com fratura no após de cap com D + LAL a Dor</p>							
PA		FC	FR	TEMP			
<b>SINAIS VITAIS</b>							
6 H	120/80	60		36°			
12 H	120/79	64		38-32			
18 H	130/80	78		35,8 C			
24 H	120/70	63		36°			

Paulo C. Schenker Jr.  
CRM-OR 1906

2

CE



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE Dimmer Souza Duarte, 23 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 22/01/18, COM  
DIAGNÓSTICO DE 2 AC II + lesão em calcâneo

NO DIA 03/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
tratamento cirúrgico + amb. fisio SENDO

OPERADO PELO DR. \_\_\_\_\_ E DR. \_\_\_\_\_

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 31/01/18, ÀS 20:00, EM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 7.12.18 ÀS 8:00 COM O

DR. Emano Bruno Rodrigues Coelho  
Médico  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1732

### ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ATENÇÃO HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. FRANCISCO BRUNO

BOA VISTA, 31 de 12 de 19

**MÉDICO**





GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"



RECEITUÁRIO

NOME: DENNER SOUZA DUARTE - 23a

Vítima de Acidente automobilístico  
ejetora, TCE e/ BOM, Glasgow 14,  
lesões lacradas em calcâneo D, trauma torácico,  
L0TE, ocinaturas anulares, expor em  
m v ⊕ bilotemporalmente.  
AC: RCR 2+ S/ sopros ou extrassístoles.  
MBD: plomo normal.

As HGR e/ Exames complementares

DATA: 22, 1, 18

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Alvaro Fortes  
Dentatologia  
CEP 749



HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR JOSÉ GUEDES CATÃO  
Rua Marlene Araújo, s/n, Centro, CEP: 69.340-000 - Mucajaí/RR  
Telefone/Fax: Direção - (95) 3542-1386

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ROSÂNGELA NUNES MASULLO inscrito (a) no CPF 321.801.442 / 53,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DENNER SOUZA DUARTE  
(a) no CPF sob o Nº 025.873.582 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
DENNER SOUZA DUARTE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.873.582 / 53, 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>RUA: MANOEL FELIPE</u>		Número <u>1467</u>	Complemento
Bairro <u>ASA BRANCA</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-170</u>
Email <u>ZANZA MASULLO@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD) <u>1518122-7634</u>	Telefone celular (DDD) <u>1518122-7634</u>

SABEMI SEGURADORA S/A

27 NOV 2018

**RECEBIDO**

BOA VISTA, 19 de NOVEMBRO de 2018  
Local e Data

Rosângela Nunes Masullo  
Assinatura do Declarante



SABEMI SEGURADORA S/A

14 NOV 2018

RECEBIDO

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

NOME  
DENNER SOUZA DUARTE

DOC. EMISSOR/ÓRG. EMISSOR  
3738299 SSP RJ

CPF  
025.873.582-13

DATA NASCIMENTO  
22/05/1994

FUNÇÃO  
DILSON RODRIGUES  
DUARTE  
IVONIRIDE SALES DE  
SOUZA

PERMISSÃO  
AB

ACC  
AB

CATAB  
AB

Nº REGISTRO  
05756178708

VALIDADE  
17/10/2017

PROROGAÇÃO  
17/04/2013

VALOR EM R\$  
905269283

VALOR EM R\$  
905269283

PROBADO PLASTIFICAR  
905269283

OBSERVAÇÕES  
Exerce atv remunerada

Assinatura do Detentor  
Denner Souza Duarte

LOCAL  
BOA VISTA - BOMBAIA

DATA DE EMISSÃO  
14/07/2014

36845064410  
3R207540615

DETRAN - BOMBAIA

SABEMI SEGURADORA S/A

14 NOV 2018

RECEBIDO

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

NOME  
ROSANGELA NUNES NASULLO

DOC IDENTIDADE/OUTRO CLASSIFIC  
208734 SRSP 2R

CPF  
321.801.442-53

DATA NASCIMENTO  
01/05/1972

FUNÇÃO  
GRUPO NASULLO

ROSANGELA NASULLO

PERMISSÃO  
PERMISSÃO

AGE  
HABILITADO

CAT. ANO  
J.B.

Nº REGISTRO  
06050025726

VALIDADE  
22/04/2013

VALIDADE  
22/04/2014

VALIDADE EM TORO  
O TERNICHO NACIONAL  
860356320

OBSERVAÇÕES

*Rosângela Nunes Nasullo*

ASSINATURA DO HABILITADO

LOCAL  
BOA VISTA - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO  
23/04/2014

*Antônio Carlos Junior*  
Diretor Geral  
DETRAN

01450231461  
BR207247390

DETRAN - BOA VISTA

PERMISO PLASTIFICAR  
860356320



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180538126 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DENNER SOUZA DUARTE **Data do acidente:** 22/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 30/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DO OMBRO DIREITO (GRAU V).  
TRAUMA CORTO CONTUSO DO CALCÂNEO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: DENNER SOUZA DUARTE  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Autônomo  
Identidade: 3738299 SSP/ RR CPF: 025.873.582-13  
Endereço: Av. Nossa Senhora de Fátima n.5125  
Bairro: São Jorge Cidade: Mucajaí/RR

SABEMI SEGURADORA S/A

14 NOV 2018

RECEBIDO

OUTORGADO:

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
Profissão:  
Identidade: 208.734 CPF: 321.801.442-53  
Endereço: Av. Manoel Felipe, 1795, Asa Branca, Boa Vista/RR.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas e a SUSEP, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT para a vítima, DENNER SOUZA DUARTE.

Local e data

19.10.2018.

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)

Denner Souza Duarte

Tabela e Registros: Nathalia Galdino Lago da Silva  
Rua Rio Grande do Norte, 23, Centro, 69340-000, Mucajaí - RR.  
Fone: (067) 3542-1100 - E-mail: carimontad@outlook.com

RECONHECIMENTO  
Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de:

(1) DENNER SOUZA DUARTE  
Dou fe. Mucajaí-RR, 19 de outubro de 2018.  
EMOLUMENTOS R\$ 2,38 + FUNDEJURR R\$ 0,24 + FISCALIZAÇÃO R\$ 0,12 + FECOM R\$ 0,12 + ISS R\$ 0,12. TOTAL R\$ 2,98.



Recebido em 14/11/2018  
Carimontada



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414960/18

**Número do Sinistro:** 3180538126

**Vítima:** DENNER SOUZA DUARTE

**CPF:** 025.873.582-13

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 22/01/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** DENNER SOUZA DUARTE

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53**

Declaração Circular SUSEP 445/12

**DENNER SOUZA DUARTE : 025.873.582-13**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/11/2018  
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO  
CPF: 321.801.442-53

ROSANGELA NUNES MASULLO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2018  
Nome: ELIANE FALK  
CPF: 010.372.382-06

ELIANE FALK

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: DENNER SOUZA DUARTE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 07170-6

CONTA: 000000018946-4

Nr. Autenticação

BRADESCO071220180500000000023707170000000018946253125 PAGO



Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: DENNER SOUZA DUARTE

Nº Sinistro: 3180538126

Vítima: DENNER SOUZA DUARTE

Data do Acidente: 22/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180538126**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13609206



Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180538126

Vítima: DENNER SOUZA DUARTE

Data do Acidente: 22/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), DENNER SOUZA DUARTE

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

Comprovante de residência  
DUT

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou 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 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.

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

Carta nº 13609940





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:
	025.873.582-33	DENNER SOUZA DUARTE
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: ROSANGELA NUNES MASULLO		
Profissão:	Endereço:	CPF: 321.803.442-53
RECUSOU	AV: MANOEL FELIPE	Número: 1467
Bairro: ASA BRANCA	Cidade: BOA VISTA	CEP: 69.308-370
E-mail: RANZANASULLO@HOTMAIL.COM	Estado: RR	Tel.(DDD): 93/99158-4307

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

**RENDA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: 7370 CONTA: 0038946 4
(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, § 2º, 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: <input type="text"/> Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

SABEMI SEGURADORA S/A

Assinatura

14 NOV 2018

RECEBIDO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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.



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: 025.873.582-53 Nome completo da vítima: DENNER SOUZA DUARTE

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

Nome completo: DENNER SOUZA DUARTE CPF: 025.873.582-53  
 Profissão: RECUSOU Endereço: AV: NOSSA SENHORA DE FÁTIMA Número: 5125 Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: CENTRO Cidade: MUCAJAI Estado: RR CEP: 69.340-000  
 E-mail: RANZANASULLO@HOTMAIL.COM Tel (DDD): 95 99158-4307

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

### RENDA 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: BRADESCO

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 7370 CONTA: 0058946 4  
 (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 Médico do IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar um):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícia 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. A presente declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

**RECEBIDO**

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado \_\_\_\_\_  
 Local e Data: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Denner Souza Duarte

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) 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.**





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR - CPI  
4º PEL PM/ 4ª CIPM / MUCAJAI  
"AMAZÔNIA: Patrimônio dos Brasileiros"



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - SÉRIE DIGITAL - Nº 06/2018

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Tran	H/Ini	H/Ch	H/Fin
106	4ª CIPM Fron	22/01/2018	4º PEL	8h50min	8h 52min	8h 53min	9h 30min

Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini	Km/Fin
1001, 1003	13023,13999	xxxxxxxxx	7312	7316

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Av./Rua	Bairro:	PL Ref:
BR 174 esquina com Rua Francisco Lino Nogueira	Centro	Em frente ao bar do Chiquinho

PESSOAS RELACIONADAS

01	Vítima	Nome	Denner Souza Duarte	Idade	23	E. Civil	Solteiro
Endereço	BR 174	Nº	s/n	Bairro		SABEMI SEGURADORA S/A	
RG	3738299 SSP/RR	CNH	05756178708	Profissão		Autônomo	

OBSERVAÇÕES, OBJETOS, ARMAS APREENDIDAS.

14 NOV 2018

Recebi conduzindo (s) material (ais) acima anotados:

ASSINATURA

CARGO

AGENTE POLICIAL

RECEBIDO

LOCAL

MUCAJAI

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Sr. Delegado de policia civil de Mucajai, fomos acionados via 190 para atendermos uma ocorrência de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal e danos materiais, nos deslocamos até o local e constatamos a veracidade dos fatos, ao chegarmos no local a vítima supracitada já estava sendo socorrida por populares e o corpo de bombeiros de Caracarái, a vítima nos informou que conduzia um veículo FIAT/STRADA de cor cinza e placas NAZ 4967, que vinha sentido Boa Vista/Mucajai quando um veículo Saveiro de cor preta modelo novo ( não soube informar a placa) que encontrava-se no acostamento da BR 174 e saiu sem observar se vinha algum veículo atrás, a vítima disse também que pra não colidir com o veículo saveiro puxou a direção de sua pick-up perdendo o controle da direção e bateu de frente seu veículo contra um poste de energia em frente ao "Bar do Chiquinho" sendo arremessado para fora do veículo. Informo-vos ainda que foi acionado o SAMU para os primeiros socorros que conduziram a vítima ao hospital de Mucajai e posteriormente o item 01 foi conduzido para Boa Vista permanecendo em observação. Não foi possível acionar a pericia por motivo do local ter sido violado por populares e devido a rede de energia causar risco de morte à vítima.

Era o que tínhamos a relatar.

Assinatura	Nº	Posto//Grad.	SUOp
RODOLFO PEREIRA REBOUCAS	47000471	2º SGT PM	4º PEL/ 4ª CIPMFRON