

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)**Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2929179020201206150709****Processo 0800892-96.2020.8.23.0020**  - (15 dia(s) em tramitação)**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 9597 - Seguro**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência	Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória				
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor	Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/>				
Descrição: <input type="text"/>					
10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/>	10 06/12/2020 15:07:09	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		10.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2770303CONTESTACAO01.pdf	Público		
		10.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2770303CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público		
		10.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KITSEGURADORALIDER.pdf	Público		
		LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA 9 02/12/2020 17:17:18 Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 02/12/2020 referente ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		8 01/12/2020 16:47:55 HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: SAMIR DE ARAÚJO XAUD habilitado até 01/03/2021 (90 dias)	Sandra Aparecida de Oliveira Carvalho - SJRI Técnica Judiciária		
<input checked="" type="checkbox"/>	7 01/12/2020 16:46:13	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	Sandra Aparecida de Oliveira Carvalho - SJRI Técnica Judiciária		
<input checked="" type="checkbox"/>	6 21/11/2020 13:35:07	CONCEDIDO O PEDIDO	NILDO INÁCIO Magistrado		
	5 20/11/2020 18:06:07	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
	4 20/11/2020 18:06:07	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
	3 20/11/2020 18:06:07	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
	2 20/11/2020 18:06:07	DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA Vara Cível Única de Caracaraí	SISTEMA CNJ		
<input checked="" type="checkbox"/>	1 20/11/2020 18:06:07	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA Advogado		



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA**

Nº Sinistro: **3180254708**

Vitima: **GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA**

Data do Acidente: **21/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180254708**.

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 12924188



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA**

Sinistro: **3180254708**
Vítima: **GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA**
Data do Acidente: **21/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

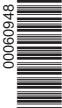
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180254708** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Pag. 01895/01896 - carta_02 - INVALIDEZ

Carta nº 12953101

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/> - Identificador: PJDPLY7RD4VQJN8B286A



Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2018

Carta nº: 13027853

A/C: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA

Nº Sinistro: 3180254708
Vitima: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA
Data do Acidente: 21/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003408

Conta: 000000310-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

924.949.862-49

Nome completo da vítima

Gilse Elaine de Souza Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
Gilse Elaine de Souza Silva
Endereço
Rua: P-7
Bairro
Joo Francisco
Email

CPF titular da conta

924.949.862-49

Número

21

Profissão

Servidora Pública

Complemento

Estado

Ronânia

CEP

69.360-000

Telefone (DDD)

(65) 99129-7330

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Caixa

NRO

104

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

3408

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

D/V

0310

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 15 de maio de 2018

Local e Data

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Gilse Elaine de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

14 JUN 2018
Salvador
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Segurança Pública
Polícia Civil do Estado De Roraima
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CARACARAÍ
BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL



REGISTRO N°	750 /2018	Hora	14:45	Data	08/05/2018
DADOS DO (A) COMUNICANTE:					
NOME	ADÃO SANTOS DE SOUZA				
NACIONALIDADE	BRASILEIRO	Estado Civil	CASADO	Profissão	FUNCIONÁRIO PÚBLICO
PAI	VALNEI PEREIRA DE SOUZA				
MÃE	ZELMA DOS SANTOS AMORIM				
IDENTIDADE	231311	Órgão Expedidor	SSP/RR	CPF	762986042-00
ESCOLARIDADE	SUPERIOR COMPLETO		Sexo	MASC	
NATURALIDADE	ITAITUBA- PA		DATA NASC.	21/08/1980	Idade 37
ENDEREÇO	VILA DO APIAU				
BAIRRO	ZONA RURAL	Cidade/UF	MUCAJAI	TEL/OPER.	99129-7330
DADOS DA OCORRÊNCIA					
LOCAL DO FATO	NA ENTRADA DA VILA DE CAMPOS NOVOS				BAIRRO
CIDADE	Hora	14:00	Dia	21/01/2018	
AUTOR(ES):					
ENDEREÇO:					
NATUREZA DA OCORRÊNCIA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
RELATO DO FATO: PERDA DE DOCUMENTOS					

Senhor Delegado:

Compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil o comunicante acima qualificado para informar que conforme data e hora acima citada o comunicante e sua esposa GILSE ELEAINE DE SOUZA SILVA(GARUPEIRA) estavam pilotando uma motocicleta HONDA TITAN 150, COR PRETA , PLACA NAN 1247, CHASSI 9C2KC1610AR044295 quando veio a estourar o pneu traseiro. QUE devido a este fato o comunicante sofreu várias escoriações e fratura no seu ombro esquerdo. QUE a sua esposa também sofreu escoriações e quebrou a clavícula esquerda. QUE todos os dois foram socorridos pelo SAMU e levado ao hospital de Mucajai e posteriormente ao HGR. Era o que tinha a comunicar.

JAMY RODRIGUES
Agente de Polícia Civil

- Aguardar novos fatos em cartório.
 Fato Atípico. Esfera cível/adm. Arquive-se.
 Encaminhe-se a(o) _____.
 Intime-se _____.
 Junte-se _____.
 Aguardar Representação da vítima.
 Ao Delegado Titular
 Outros:

Caracaraí/RR de 2017.

Delegado de Polícia Civil

ADÃO SANTOS DE SOUZA
Comunicante

- Aguardar novos fatos em cartório.
 Fato Atípico. Esfera cível/adm. Arquive-se.
 Encaminhe-se a(o) _____.
 Intime-se _____.
 Junte-se _____.
 Aguardar Representação da vítima.
 Ao Delegado Titular
 Outros:

Caracaraí/RR de 2017.

Delegado de Polícia Civil





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Gibre Fláine de Souza Silva

CPF da Vítima

924.949.862-49

Data do Acidente

21/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2018

Boa Vista, 15 de maio de 2018

Local e Data

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

Gibre Fláine de Souza Silva.

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DE RORAIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MUCAJAÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

192

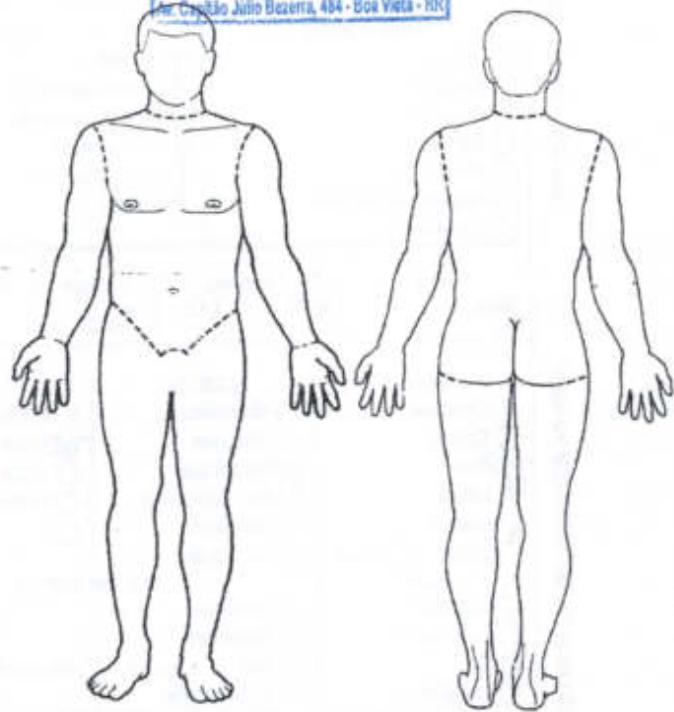
UNIDADE: BRAVO (Mucajá) EQUIPE: Mayle e laudio
Paciente: Gel se Elaine de Souza 28 anos Sexo: M
Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena - Etnia:
Endereço: Apiau 07 do
Ponto de Referência: Enseada de Camponoros
Número da Ocorrência: 1212 Data: 21/01/18 Hora do Acionamento: 02:21
Médico(a) Regulador(a): Anderson Hora Cegada no Local: (J/10): 02:40
MOTIVO: Socorrer Transporte Remoção Intra-hospitalar Apoio: Outros:

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no centro de acidente)	AUTOMÓVEL	MECANISMOS DE TRAUMA	VIOLENCIA	OUTROS
	<input type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Colisão X <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro dianteiro <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro traseiro	<input type="checkbox"/> Uso do cinto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Colisão X <input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Agressão física <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Violência doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura agente <input type="checkbox"/> Agressão por animal <input type="checkbox"/> Outros:
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)	VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA
	<input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa <input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Abordada <input type="checkbox"/> Ferida aspirativa <input type="checkbox"/> Hiperlimpanismo <input type="checkbox"/> M.V. ausente <input type="checkbox"/> M. V. diminuído <input type="checkbox"/> Maciez	<input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s <input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> AVON <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Miase <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Alcoolizado
	Hora Início: 100 / 70 F.C bpm: 123 F.R Mpm: Sat 0% 37 Temp. °C: °C Esc. Visual anal. EVA "DOR"	SINAIS VITAIS E ESCORES	Glicemia	APGAR

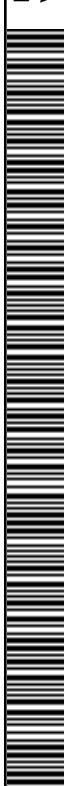
INCIDENTE	PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TÓRAX	ABDOMÉ
	<input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Corada <input checked="" type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerção	<input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Desvio de traqueia <input type="checkbox"/> Enfarte subclavicular <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerções	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Tampãoamento <input type="checkbox"/> Tórax instável	<input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa
RCP	PELVE	COLUNA DORSAL		CONTENDE SINISTROS - DADOS	04 JUN 2018	MEMBROS
	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade	<input type="checkbox"/> Contusões <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão		
DESTINO	AVALIAÇÃO CARDIÁCA	AFFEÇÃO CLÍNICA		GENTE SEGURADORA S/A		HISTÓRIA PEGRESSA
	<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Sequela AVC	<input type="checkbox"/> Medicamentos em uso:
GRAVIDADE COMPROVADA:	<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA	<input type="checkbox"/> MÉDIA	<input type="checkbox"/> ÓBITO			
DESFECHO DO CHAMADO			MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS			
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Trote	<input type="checkbox"/> Recusa de atendimento <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Bombeiro no local	<input type="checkbox"/> Policia Militar <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> PRF	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> DETRAN			
<input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ <input type="checkbox"/> Término as: _____	<input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso	<input type="checkbox"/> RCP não realizado	OBS:			
<input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - PAAR	<input type="checkbox"/> Grande Trauma - GT <input type="checkbox"/> Hospital Coronel Mota - HCM	<input type="checkbox"/> Policlínica Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hospital Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSEN	<input type="checkbox"/> Hospital das Clínicas - HCF / RR <input type="checkbox"/> Hospital Lette Iris - HLI <input type="checkbox"/> Hospital José Guedes Catão			

TERMOS DE RECUSA	Descrição: _____								
	Nome do Receptor: _____								
	Função do Receptor: _____								
	Assinatura do Receptor: _____								
<p>Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento Médico disponibilizado pelo SAMU / MUCAJAI – RR, nessa oportunidade.</p> <p>Assinatura do Paciente: _____ RG: _____</p>									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">GESTANTE</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">MATERIAL E MEDICAÇÃO</td> </tr> <tr> <td>IG p/ semana: _____</td> <td>Movimentos fetais: _____</td> </tr> <tr> <td>Perda de Líquido: _____</td> <td>BCF: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="radio"/> Com cartão <input type="radio"/> Sem cartão </td> </tr> </table>		GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO	IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	Perda de Líquido: _____	BCF: _____	<input type="radio"/> Com cartão <input type="radio"/> Sem cartão	
GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO								
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____								
Perda de Líquido: _____	BCF: _____								
<input type="radio"/> Com cartão <input type="radio"/> Sem cartão									
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO									
04 JUN 2018									

1. Abertura Ocular (O):	Spontânea	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 (retrada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticada)	3 pontos
	Extensão (descerbração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	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
paciente veterano de acidente de moto 12 meses anteriores.
na apresentação da motocicleta com seu esposo para previsão de moto
apresentava paciente desorientado, confuso TCE com
temperatura no olho esquerdo com dor escorrendo para
com erupções nos membros com possivel fratura
no ~~costa~~ esterno clavicular





ESTADO DE RORAIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MUCAJAÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

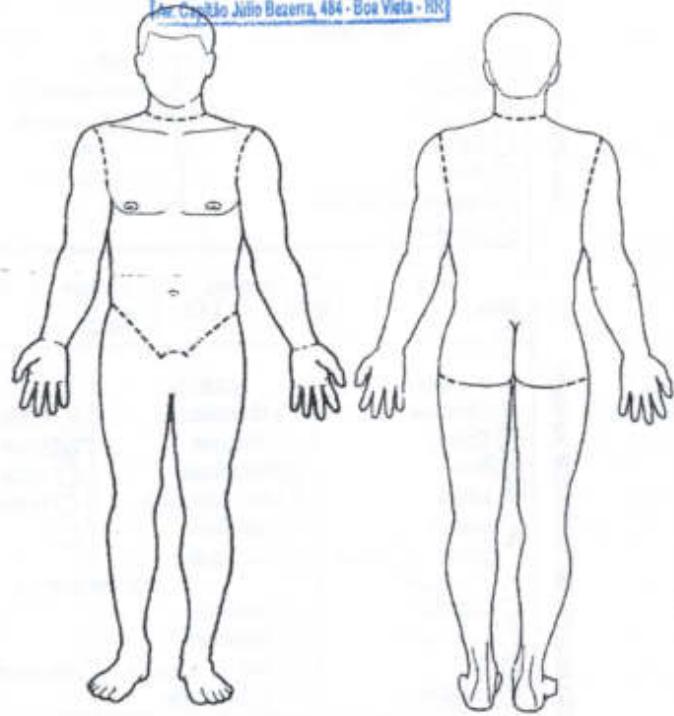
192

UNIDADE: BRAVO (Mucajá) EQUIPE: Mayle e laudio
Paciente: Gel se Elaine de Souza 28 anos Sexo: M
Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena - Etnia:
Endereço: Apiau 07 do
Ponto de Referência: Enseada de Camponoros
Número da Ocorrência: 1212 Data: 21/01/18 Hora do Acionamento: 02:21
Médico(a) Regulador(a): Anderson Hora Cegada no Local (J/10): 02:40
MOTIVO: Socorrer Transporte Remoção Intra-hospitalar Apoio: Outros:

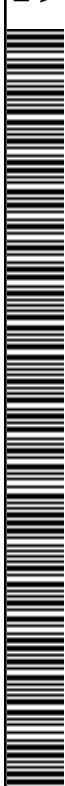
CHAMADA	AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no centro de acidente)	AUTOMÓVEL		MECANISMOS DE TRAUMA		VIOLENCIA		OUTROS								
		<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Uso do cinto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Vítima projetada	<input type="checkbox"/> Colsão X	<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Agressão física	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> FAB	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio	<input type="checkbox"/> Violência doméstica	<input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Acidente de trabalho	<input type="checkbox"/> Local
<input type="checkbox"/> Colisão X	<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Queda de moto:	<input type="checkbox"/> Com capacete	<input type="checkbox"/> Ciclista	<input type="checkbox"/> Queda de bicicleta	<input type="checkbox"/> Sem capacete	<input type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Queda altura aprox.	<input type="checkbox"/> Acidente doméstico	<input type="checkbox"/> Queimadura agente	<input type="checkbox"/> Agressão por animal	<input type="checkbox"/> Outros:			
<input type="checkbox"/> Passageiro dianteiro	<input type="checkbox"/> Passageiro traseiro															
VIA AÉREAS			VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA									
<input type="checkbox"/> Apneia	<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Obstruída	<input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa	<input type="checkbox"/> Maciez	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Anisocoria	<input type="checkbox"/> Alcoolizado	<input type="checkbox"/> AVON	<input type="checkbox"/> DNV	<input type="checkbox"/> Miase
<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Abordo	<input type="checkbox"/> Ferida aspirativa	<input type="checkbox"/> Hiperlimpanismo	<input type="checkbox"/> M.V. ausente	<input type="checkbox"/> M. V. diminuido	<input type="checkbox"/> Maciez	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> AVON	<input type="checkbox"/> DNV	<input type="checkbox"/> Miase
PELE			AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA		TÓRAX		ABDOMÉ									
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> CABEÇA	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Desvio de traqueia	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Distendido							
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Ferida penetrante	<input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	<input type="checkbox"/> Lacerções	<input type="checkbox"/> Doloroso							
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Em tábua							
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Lacerção	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Lacerção	<input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	<input type="checkbox"/> Lacerções	<input type="checkbox"/> Escoriações							
PELVE			COLUNA DORSAL		PESCOÇO		ABDOMÉ									
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Desvio de traqueia	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Distendido								
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	<input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	<input type="checkbox"/> Doloroso								
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Lacerção	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Em tábua								
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Lacerção	<input type="checkbox"/> Lacerção	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Lacerções	<input type="checkbox"/> Escoriações								
AVALEIAÇÃO CARDIÁCA			AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA		TÓRAX		ABDOMÉ									
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Desvio de traqueia	<input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Distendido	
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Abordo	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Infectiosa	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> Pediátrica	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	<input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	<input type="checkbox"/> Doloroso	
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Abordo	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Infectiosa	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> Pediátrica	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	<input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	<input type="checkbox"/> Em tábua	
<input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Abordo	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Infectiosa	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> Pediátrica	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	<input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	<input type="checkbox"/> Escoriações	
GRAVIDADE COMPROVADA:	<input type="checkbox"/> ILESO	<input type="checkbox"/> PEQUENA	<input type="checkbox"/> MÉDIA	<input type="checkbox"/> MÉDIA	<input type="checkbox"/> MÉDIA	<input type="checkbox"/> MÉDIA	<input type="checkbox"/> MÉDIA	<input type="checkbox"/> MÉDIA	<input type="checkbox"/> MÉDIA	<input type="checkbox"/> MÉDIA	<input type="checkbox"/> MÉDIA	<input type="checkbox"/> MÉDIA	<input type="checkbox"/> MÉDIA	<input type="checkbox"/> MÉDIA	<input type="checkbox"/> MÉDIA	
INCIDENTE	DESFECHO DO CHAMADO		AVALIAÇÃO CLÍNICA		MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS		HISTÓRIA PEGRESSA									
RCP	<input type="checkbox"/> Cancelamento	<input type="checkbox"/> Não se encontrava no local	<input type="checkbox"/> Trote	<input type="checkbox"/> Recusa de atendimento	<input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização	<input type="checkbox"/> Bombeiro no local	<input type="checkbox"/> Policia Militar	<input type="checkbox"/> SMTRAN	<input type="checkbox"/> PRF	<input type="checkbox"/> RCP não realizado	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA				
DESTINO	<input type="checkbox"/> Iniciada as: _____	<input type="checkbox"/> Término as: _____	<input type="checkbox"/> Atendido no local	<input type="checkbox"/> Grande Trauma - GT	<input type="checkbox"/> RCP com sucesso	<input type="checkbox"/> RCP sem sucesso	<input type="checkbox"/> RCP não realizado	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA				
	<input type="checkbox"/> Não se encontrava no local	<input type="checkbox"/> Trote	<input type="checkbox"/> Recusa de atendimento	<input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização	<input type="checkbox"/> Bombeiro no local	<input type="checkbox"/> RCP com sucesso	<input type="checkbox"/> RCP sem sucesso	<input type="checkbox"/> RCP não realizado	<input type="checkbox"/> Policia Militar	<input type="checkbox"/> SMTRAN	<input type="checkbox"/> PRF	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA				
	<input type="checkbox"/> Trote	<input type="checkbox"/> Recusa de atendimento	<input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização	<input type="checkbox"/> Bombeiro no local	<input type="checkbox"/> RCP com sucesso	<input type="checkbox"/> RCP sem sucesso	<input type="checkbox"/> RCP não realizado	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA				
	<input type="checkbox"/> Iniciada as: _____	<input type="checkbox"/> Término as: _____	<input type="checkbox"/> Atendido no local	<input type="checkbox"/> Grande Trauma - GT	<input type="checkbox"/> RCP com sucesso	<input type="checkbox"/> RCP sem sucesso	<input type="checkbox"/> RCP não realizado	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA				
	<input type="checkbox"/> Trote	<input type="checkbox"/> Recusa de atendimento	<input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização	<input type="checkbox"/> Bombeiro no local	<input type="checkbox"/> RCP com sucesso	<input type="checkbox"/> RCP sem sucesso	<input type="checkbox"/> RCP não realizado	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA				
	<input type="checkbox"/> Recusa de atendimento	<input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização	<input type="checkbox"/> Bombeiro no local	<input type="checkbox"/> RCP com sucesso	<input type="checkbox"/> RCP sem sucesso	<input type="checkbox"/> RCP não realizado	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> RCP com sucesso	<input type="checkbox"/> RCP sem sucesso	<input type="checkbox"/> RCP não realizado	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> RCP sem sucesso	<input type="checkbox"/> RCP não realizado	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA						
	<input type="checkbox"/> RCP não realizado	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA				
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Bombeiro													

TERMOS DE RECUSA	Descrição: _____								
	Nome do Receptor: _____								
	Função do Receptor: _____								
	Assinatura do Receptor: _____								
<p>Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento Médico disponibilizado pelo SAMU / MUCAJAI – RR, nessa oportunidade.</p> <p>Assinatura do Paciente: _____ RG: _____</p>									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">GESTANTE</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">MATERIAL E MEDICAÇÃO</td> </tr> <tr> <td>IG p/ semana: _____</td> <td>Movimentos fetais: _____</td> </tr> <tr> <td>Perda de Líquido: _____</td> <td>BCF: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="radio"/> Com cartão <input type="radio"/> Sem cartão </td> </tr> </table>		GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO	IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	Perda de Líquido: _____	BCF: _____	<input type="radio"/> Com cartão <input type="radio"/> Sem cartão	
GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO								
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____								
Perda de Líquido: _____	BCF: _____								
<input type="radio"/> Com cartão <input type="radio"/> Sem cartão									
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO									
04 JUN 2018									

1. Abertura Ocular (O):	Spontânea	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 (retrada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticada)	3 pontos
	Extensão (descerbração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	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
paciente veterano de acidente de moto 12 meses anteriores.
na apresentação da motocicleta com seu esposo para previsão de moto
apresentava paciente desorientado, confuso TCE com
temperatura no olho esquerdo com dor escorrendo para
com erupções nos membros com possivel fratura
no ~~costa~~ esterno clavicular



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: 22/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03408

CONTA: 000000000310-1

Nr. da Autenticação 43D44CE40B7583EE





Nº da Conta: 0220918873
Mês de referência: 01/2018
Período: 06/12/2017 a 05/01/2018
Data de emissão: 07/01/2018

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8466 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
LE: 240108035
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0016-49

Vencimento
21/01/2018



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Tomia Helena L. de melo inscrito (a) no CPF/CNPJ 521.026.772 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gilse Elaine de Souza Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 924.979.862 / 49 do sinistro de DPVAT cobertura Final da 3 da Vítima Gilse Elaine de Souza Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 924.979.862 / 49, 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		Número	Complemento
R: Antônio Augusto martins		367	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>São Francisco</u>	<u>Bon Vista</u>	<u>RR</u>	<u>69.305-270</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		(95)3226-6579	(95)99139-8405

Bon Vista, 15 de maio de 2018
Local e Data

Tomia Helena Linsaloni de melo
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 484 - Bon Vista - RR

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Adão Santos de Souza,
RG nº 231.355, data de expedição 25/08/2000,
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 762.986.042-00, com
domicílio na cidade de Paracuru, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
P 7, nº 25,
complemento São Francisco declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Gise Elaine de Souza Silva cujo o condutor era
Adão Santos de Souza.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/CG 350 Titan Max KS,
Ano: 2010
Placa: NAN 1247
Chassi: 9C2K C1610 AR044295
Data do Acidente: 25/03/2018
Local e Data: Mucajá/RR, 20 de março de 2018.

Adão Santos de Souza
Assinatura do Declarante

Adão Santos de Souza
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

... DE NOTA
MARCA DE MUCAJÁ - RR
Reconheço por autenticidade
...ma (s) de Adão Santos de Souza

Mucajá-RR, 20/03/2018
...i testemunho da verdade

Conceição



...: Guia de Atendimento 02 ...

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



1800897359	21/01/2018 16:52:45	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			DIURNO 07-19	26
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA		23/09/1989	28 A 3 M 28 D	707806648276317	92494986249	
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE 231508		SSP RR	26/03/2008	F	CASADO(A)	PARDA
Mãe					Naturalidade	Nacionalidade
GILSELENE DE SOUZA PEREIRA					BELEM - PA	BRASILEIRA
Endereço					Paiz	
RUA - APIAU - 39 - CENTRO - IRACEMA - RR					ELIAS FARIAZ DA SILVA	
Class. de Risco		Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Selor		URGÊNCIA				Pressão
GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			
SAMU REGIONAL		ÁREA DE SINISTROS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO				
Queixa Principal			(<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
			04 JUN 2018			
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)		GENTE SEGURADORA S/A Av. Ceará, 400 - Centro - RR		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		
Exame Físico		Pericute tropical pelo SAMU 1 mês de sequelas de moto. Aumentou úmidas e escrúticas, porém não evitava do ambiente devido como cheiro - quei. Quis parar de ir em avenidas <input checked="" type="checkbox"/> e ruas vicinais, pneus <input checked="" type="checkbox"/> . No Exame: Reg, lote, suspeita, ECG.				
Hipótese Diagnóstica		Hematoma paravertebral <input checked="" type="checkbox"/> - Rete. Al / Aco / Pso / Plev. / Abdome. fo de escrúticas, trauma de fer. TAC.				
SADT - Exames Complementares		<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input checked="" type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:			
PRESCRIÇÃO		1. Diprofene <input checked="" type="checkbox"/> 2. Fluticam <input checked="" type="checkbox"/> dous.	13/06	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
Conduta				Ricardo G. Dantas Tec. Enfermagem COREN-RR 928684		
Óbito						
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família		<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica		
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico		



HJGC-Hospital Jose Guedes Catao

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Rosane
JOSUE JESUS

42

REGISTRO N°
18.002007

PACIENTE GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA		CNS 707806648276317		DATA NASCIMENTO 23/09/1989	IDADE 28a	DOCUMENTO CPF 92494986249	
TELEFONE 991297330	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/> MASC.	NACIONALIDADE BELEM		<input type="checkbox"/> SOLTEIRO	<input type="checkbox"/> CASADO	<input type="checkbox"/> VIUVO	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS
PAI ELIAS FARIAS DA SILVA		MÃE GILSILENE DE SOUZA PEREIRA					
ENDERÉSCO VILA DO APIAU,		BAIRRO MUCAJAI ZONA RURAL		CIDADE MUCAJAI		UF RR	
EMERGÊNCIA 1 <input type="checkbox"/> ADULTO		2 <input type="checkbox"/> PEDIATRICO		3 <input type="checkbox"/> TRAUMATOLOGIA		12 <input type="checkbox"/> OUTROS	
MOTIVO DO ATENDIMENTO				DATA DO ATENDIMENTO 21/01/2018		HORA 15:25	
SABT - EXAMES COMPLEMENTARES 1 <input type="checkbox"/> RADI. 2 <input type="checkbox"/> ULTRASOM 3 <input type="checkbox"/> TORAC. CORP. 4 <input type="checkbox"/> SANGUE 5 <input type="checkbox"/> URINA 6 <input type="checkbox"/> ECG 7 <input type="checkbox"/> OUTROS							
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA <i>Doença de Alzheimer. D. Jose Guedes Catao. Cidadao em pessoa e tipo de Alzheimer. Nefro. Nefro. Nefro.</i>							

DATA/HORA/CONSULTA/E CONSULTAS ESPECIALIZADAS/PROCEDIMENTOS <i>21/01/2018</i>		DR. JOSUE	
ÁREA DE SINISTROS/DOENÇAS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		Av. Flaminio Mucajai-RR	
GENTE SEGUROADA SIA Car. Cidadão do Brasil, M. B. C. Vida - RR		Data: 23 - Centro	
PRESCRITIVO		Data: 23 - Centro	

OBSERVAÇÃO (ATÉ 24h)		DATA E HORA DA ASTA	
PRA ÓBITO		DATA E HORA DO ÓBITO	
ANTES DO SOCORRO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
DESTINO DO CORPO	<input type="checkbox"/> ENTREGUE A FAMÍLIA		
ASS. CARMIM DO MÉDICO RESPONSÁVEL			



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

04 JUN 2019

GENTE SECURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - R.

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação desse em <https://projudi.tjri.jus.br/projudi> - Identificador: PJDPY-Y7RD4-VQJN8-B286A

UNENHABRIN

CONTRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR **Nº 011598395062**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	09A20000319		2017
NOME			
ADRIANO SANTOS DE SOUZA			
BR			
CPF / CNPJ	PLACA		
762.906.042-00	NNN1247		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
VEICULO: NNN1247 ANO: 2017			
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PERMANENTE / VIE	ALCOOL / GÁSOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
INNOCUO	2016	2016	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
20/01/2017	PARTICU	PRETA	
I P V A	VEND. COTA UNICA	VEND / DOTAIS	
FAIXA LIVRA	PARCELAMENTO / OOTAS	1 ^a 2 ^a 3 ^a	
22-PR00-0000000000000000			
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1.100,00	10,00	1.110,00	17/12/2017
OBSERVAÇÕES			
<i>Assinatura de Antonio Francisco Bezerra Marques</i>			
Antonio Francisco Bezerra Marques Diretor Presidente DETAN-RR			
LOCA	DATA		
CARHURRAL-RR	31/01/2018		
ENVIADOR			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 011598395062 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatSEgurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	762.906.042-00	NNN1247
RENAVAM	MARCA / MODELO	
INNOCUO	INNOCUO	
ANO FAB.	CAT. FADE	Nº CHASSI
2016		02601610AN00120
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNG (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
1.100,00	10,00	R\$100,33
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL PERTENCENDO (R\$)
100,33	10,77	R\$100,50
PAGAMENTO		
DOTA UNICA	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
		17/12/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.545.808/0001-04
www.SeguradoraLider.com.br



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <http://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJDPY Y7RD4 VQJN8 B286A



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS
SABERÁVEL POR VÉCULOS AUTOMOTORES DE
SAFERREIRA, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAIS
SABERÁVEL POR VÉCULOS AUTOMOTORES DE VA
TRAFEGAR, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO.

ESTÃO COBERTOS TODOS OS DANOS, EM TODO O
TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELES MOTOCICLISTAS,
PASSEIROS OU PESSOAS.

FORAM DEFINIDOS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE,
INJURE PERMANENTE E REIMBOLSO DE DESPESAS
DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMS).

SE VOCÊ FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU
SEGURO DA INJURE, PRECISA DE DOCUMENTAÇÃO
NAO INDICADA E SOLICITE A INFRAÇÃO EM UM DOS
PONTOS DE ATENDIMENTO AUTORIZADO (CONSUMO DE
SUSPEITA) www.dpvatseguradetransito.com.br. SE TIVER
DUVIDAS LIGUE PARA O SAC DPVAT 0800 022 254.

VALORES DE INJURE POR PESSOA VÍTIMA DA
DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO
DE INJURE:

MORTE (R) INJURE PERMANENTE (R) DAMS (R)
R\$ 11.880,00 R\$ 10.880,00 R\$ 1.700,00

(1) MORTE - REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO
PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DA
CARTA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA
VÍTIMA E COPIA DE INJURE, E PROVA DE QUALQUER
INJURE (VÍNCULO COM O PÁSCICO).

(2) INJURE PERMANENTE - REGISTRO DA OCORRÊNCIA
EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA
DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LAUDO
DO INSTITUTO MÉDICO-LEGAL DA DIRECIONARIA DO LUGAR
DO ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA, COPIA
DE INJURE, E PROVA DE QUALQUER INJURE (VÍNCULO COM O
PÁSCICO).

(3) DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E
SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA
EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA
DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, CÓPIA
DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU
DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE CONFIRME QUE AS
DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES FRETADAS POSSAM
SERGURADA, O ACOMPANHAMENTO A VÍTIMA DE DANOS
CORPOSAS CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO
VÉCULO AUTOMOTOR DE VEÍCULO, CÓPIA DA
DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, CÓPIA
ORIGINAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU
DOCUMENTO EQUIVALENTE, COPIA DE DOCUMENTAÇÃO DE
DESPESAS INCLUINDO, INSCRIÇÕES, TAREFAS E TAMBÉM
RELACIONAR OS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS
E, ANGEL, OS EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR
UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E
PROFISSIONAIS, GUARDO ESTES FORAM COPIADOS
DISTINTAMENTE PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS
OU RECEBOS DO HOSPITAL, ORIGINAL, COMPROVANDO O
PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, RECEBOS
ORIGINAIS, EMITIDOS EM NOME DA VÍTIMA, OU
COMPROMISSOS DE PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU
PROFISSIONAL, CONSTANTE DA DATA, ASSINATURA,
CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO, NÚMERO DO CRM, NÚMERO
DO CFP OU CRF, E A ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO
EXEUDIDO, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O
ATENDIMENTO E COPIA DO LAUDO ANATOMOPATOLOGICO
DA LESÃO E DOS EXAMES REALIZADOS EM GERAL,
QUANDO HOUVER.

O PODERÁ SER SOLICITADO, UNIVOCALMENTE,
COMPLEMENTAR, NOS TERMOS DO ANEXO A
RESOLUÇÃO CNISF N° 275/2012.

• INFORMANTE:

- NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESPACHANTE OU
QUALQUER INTERESSADO PARA DAR ENTRADA NO
PEDIDO DE INJURE, NEM ACOMPANHAR O
ANDAMENTO DO PROCESSO.

- O INJURE DE DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA
MÉDICA E SUPLEMENTARES ESTÁ LIMITADO A VALORES
DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE OS REQUISITOS DO
ART. 16 DA RESOLUÇÃO CNISF N° 275/2012.

• PRAZO PARA PAGAMENTO DA INJURE, OU
REIMBOLSO DE DAMS: 30 DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO
DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

• A INJURE SERÁ PAGA COM BASE NO VALOR
VIGENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

O SEGURO DPVAT É OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS
PROPRIETÁRIOS DE VÉCULOS, DE ACORDO COM A LEI N°
8.194/1991, SENDO PARTE INTEGRANTE DO
LICENCIAMENTO ANUAL DE VÉCULOS.

• PÉRIODO DE VIGÊNCIA DO SINISTRO: DE 01 DE JANEIRO
A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE
MÊS.

• O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGUE JUNTAMENTE COM A
PRIMEIRA QUOTA DA COTA UNICA DO IMPOSTO
DE PROPRIEDADE DE VÉCULOS AUTOMOTORES - IPVA.
Caso seja paga a opção pelo parcelamento, o
PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA, OS VENCIMENTOS
DO IMPPOSTO E DO SEGURO DPVAT, DEVERÁ SER FEITO NA
MESMA DATA.

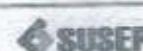
• O VÉCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE
O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO (RESOLUÇÃO
CONTRAN N° 164/1998).

• 0% DO VALOR DO PRÉMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO
PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

• 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO
MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA
MÉDICO-HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE
TRÂNSITO (ART. 16 DA LEI N° 8.194/1991 -
CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1264
www.dpvatseguradetransito.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT: PEDIOS DE
INFORMAÇÕES E RESPOSTAS, AMPLIAÇÃO DE SOLICITAÇÕES,
LICENÇA DE INJURE, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS
E OUTRAS INFORMAÇÕES.



DISQUE - SUSEP
0800 021 8484
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS -
AUTORIDADE FEDERAL RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO,
INTEGRIDADE E CONTROLE DOS MERCADOS DE
SEGURO, PREVISÃO PRIVADA, ASSESSORIA, CAPITALIZAÇÃO,
PROSSEGUIMENTO E CORRETORES DE SEGUROS.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2016

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

SEGURO OBRIGATÓRIO

MULTAS DE TRÂNSITO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2016

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180254708

Cidade: Mucajáí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA

Data do acidente: 21/01/2018

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO COM FRATURA DA CLAVÍCULA

Descrição do exame APRESENTA DEFORMIDADE EM CLAVÍCULA ESQUERDA, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS
médico pericial: MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO OMBRO ESQUERDO, INICIALMENTE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO E POSTERIORMENTE REALIZOU CIRURGIA COM FIXAÇÃO POR FIOS, COMPLEMENTANDO COM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/06/2018

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO OMBRO ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

Médico examinador: CARLOS EDUARDO DE CAMPOS GUERRA

CRM do médico: 589

UF do CRM do médico: RR

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Anderson Anisio

CRM do médico: 52.25458-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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:	3180254708
Nome do(a) Examinado(a):	GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a):	P 7 21 CASA SÃO FRANCISCO
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	924.949.862-49
Data e local do acidente:	21/01/2018-PACARAIMA-RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 19/06/2018

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA DIRETO EM OMBRO E COM FRATURA DE CLAVÍCULA E.

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

FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR , APOS 2 MESES A CIRURGIA: (21\03\2018).APOS RETIRADA DO FIO E FISIOTERAPIA TEVE ALTA DEPOIS 4 MESES DO ACIDENTE.

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

DEFORMIDADE EM CLAVÍCULA E COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO OMBRO (E) E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MSE.

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.

LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO ARTICULAÇÃO GLENO UMERAL E. (FLEXÃO 80° ABD :50)

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

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

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

Região Corporal (Sequela): OMBRO E

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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



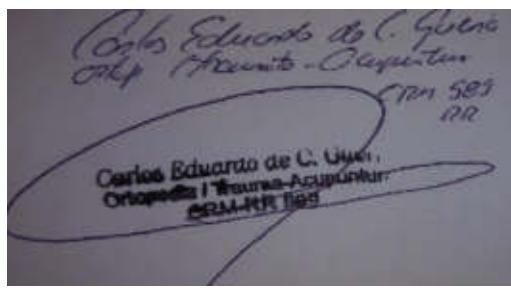


Região Corporal (Sequela):

% 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.

N.D.N



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

Carimbo com nome e CRM

CARLOS EDUARDO DE CAMPOS GUERRA - Registro no CRM: 589 - RR



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Gilre Elaine de Souza Silva
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada
Profissão: Funcionária Pública
Identidade: 231508 CPF: 924.946.862-49
Endereço: R: P- 7 Bairro: João Francisco
Cidade: Caracaraí CEP: 69.360-000

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Tânia Helena Fracalossi de Melo
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada
Profissão: Corretora
Identidade: 488049 CPF: 421.026.772-49
Endereço: R: Antônio Augusto Martin Bairro: João Francisco
Cidade: Boa Vista CEP: 69.305-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

Muajaí-RR de 20 de março de 2018

Gilre Elaine de Souza Silva
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

RECOLHIMENTO DE NOVA
COMARCA DE MUAJAÍ-RR
Reconheço por autenticidade
firma (s) de Gilre Elaine de Souza Silva
Muajaí-RR, 20/03/2018
Em testemunho J. da verda

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

Janeiro
João Conrado da Silva
Cartório de Autorizado