

**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: 2929183820201206163753****Processo 0829811-28.2020.8.23.0010 ★ - (17 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)
<b>Realces</b>					
<b>Realçar Movimentos de:</b> <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 <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b>					
<b>Movimentado Por:</b> <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 <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9					
500 por pág. <b>1</b>					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/>	9 06/12/2020 16:37:53	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		
		9.1 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
		9.2 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2770309CONTESTACAO01.pdf	Público
		9.3 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2770309CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		9.4 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2770309CONTESTACAOAnexo03.pdf	Público
		9.5 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2770309CONTESTACAOAnexo04.pdf	Público
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b>			
8	04/12/2020 00:01:06	(Pelo advogado/curador/defensor de MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA) em 03/12/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.		SISTEMA CNJ	
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b>			
7	23/11/2020 12:17:06	Para advogados/curador/defensor de MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020)		VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA <b>Analista Judiciário</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	6 23/11/2020 11:56:54	<b>CONCEDIDO O PEDIDO</b>		JARBAS LACERDA DE MIRANDA <b>Magistrado</b>	
	5 19/11/2020 15:25:06	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>		SISTEMA CNJ	
	4 19/11/2020 15:25:06	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>		SISTEMA CNJ	
	3 19/11/2020 15:25:06	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b>		SISTEMA CNJ	
	2 19/11/2020 15:25:06	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b>		SISTEMA CNJ	
	1 19/11/2020 15:25:06	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>		MARLON TAVARES DANTAS <b>Advogado</b>	

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038967

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Data do acidente: 17/06/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.  
P6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



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

---

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200038967**

**Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 17/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

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

**Senhor(a), MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15422072



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

---

**Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200038967**

**Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 17/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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

**Recebedor: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000653**

**Conta: 0000031290-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

021.273.832-14

4 - Nome completo da vítima:

Rayon Reynal de Jesus Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Rayon Reynal de Jesus Oliveira

6 - CPF:

021.273.832-14

9 - Número:

1802

10 - Complemento:

002

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.312-308

15 - Tel. (DDD):

(66) 49117-5393

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - E-mail:

lulinavista.pendencia@hotmail.com

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PARA VÍTIMA/MENOR/INCAPAZ)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 31290

(Informar o dígito de endstr.)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Assento, sob juramento de depor, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) caso desse de requerimento de indenização, devido ao motivo que assinalo, 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

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

24 - Data de falecimento:

25 - Grau de Parentesco com a Vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim  Não

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

28 - Vítima:  Sim  Não teve filhos, informar Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiro (herdeiros)?  Sim  Não teve irmãos?  Sim  Não Vivos:  Falecidos:

31 - Vítima:  Sim  Não teve irmãos?  Sim  Não Vivos:  Falecidos:

32 - Se tinha irmãos, informar pais/avós vivos?  Sim  Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista - RR 28 de Agosto de 2019  
Rayon Reynal de Jesus Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em https://projudi.jus.br/projudi/

Identificador: PJLKT KYXG3 WE7CR GDWFD



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023185/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/07/2019 10:52 Data/Hora Fim: 31/07/2019 11:10  
Origem: Polícia Judiciária Data: 31/07/2019  
Delegado de Policia: Alessander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 17/06/2019 14:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Imigrantes

Bairro: Buritis

Ponto de Referência: Pizzaria Manencial  
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA (VITIMA, COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - São Luiz Sexo: Masculino Nasc: 27/12/1998  
Profissão: Estoquista Escolaridade: Ensino Médio Completo  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Rejane de Jesus Nome do Pai: Antônio Pereira de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro do Pessoas Físicas: 021.273.832-14  
RG - Carteira de Identidade: 391317-1

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua: Pedro Praça Nº: 1682  
Complemento: Apartamento 01  
Bairro: Asa Branca  
Telefone: (95) 99126-6384 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 467.785.273-15	Placa: NAK-0265
Renavam: 00804454850	Número do Motor: JC30E13242660
Número do Chassi: 9C2JC30103R242860	Ano/Modelo Fabricação: 2003/2003
Cor: AZUL	UF Veículo: Roraima
Município Veículo: Boa Vista	Marca/Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS
Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023185/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Maycon Deyvid de Jesus Oliveira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não possui habilitação, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava conduzindo a motocicleta também devolutamente descrita acima e que é de propriedade de ANTONIO REGINALDO G. DA SILVA, onde veio a colidir na traseira de um veículo que parou bruscamente em sua frente. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado por equipe do SAMU até o HGR. Que não sabe informar as características do outro veículo envolvido, apenas que a condutora posteriormente procurou ter seus danos resarcidos. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

DAT

31/12/2019

Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia  
Matrícula 42500905

Responsável pelo Atendimento

Maycon Deyvid de Jesus Oliveira

(Comunicante / Vítima)

AGENTE DE POLÍCIA

"Declaro para os devidos fins de que sou eu o(a) encarregado(a) responsável pelas informações contidas no boletim e que fui eu que pude responder civil e criminalmente pela ocorrência mencionada que do mesmo, conforme previsto nos Artigos 330-Denúncia de Caluniosa e 340-Denúncia de Falsa Testemunha, ambos do Código Penal Brasileiro."



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

021.273.832-14

4 - Nome completo da vítima:

Rayon Reynal de Jesus Oliveira

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

5 - Nome completo:

Rayon Reynal de Jesus Oliveira

6 - CPF:

021.273.832-14

9 - Número:

1802

10 - Complemento:

Augusto

7 - Endereço:

Rua Pedro

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - Município:

16 - E-mail:

17 - Telefone:

18 - Celular:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR

R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00

R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00

ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - TIPOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PARA VÍTIMA)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 31290

(Informar o dígito de endstr.)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Assento, sob a responsabilidade, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) caso os critérios de requerimento de indenização permanente, não sejam atendidos, 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

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

24 - Data de falecimento da vítima:

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

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou:  Sim  Não 31 - Vítima:  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos?  Sim  Não 33 - Vítima deixou:  Sim  Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 28 de Agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Rayon Reynal de Jesus Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

## 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: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000031290-0

---

---

Nr. da Autenticação BB0F3CDD22A0D576



09/12/2019

Via de Pagamento para o mês/ano: 11/2019 referente a UC: 1134256



RORAIMA ENERGIA  
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

## VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4110674

BRUNO MARTINS PACHECO DE OLIVEIRA

R. PEDRO PRACA, 1882 , CASA 1

ASA BRANCA

69312308 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1134256	11/2019	25-OCT-19 a 25-NOV-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
332	11-DEC-19	R\$ 356,33

### OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão da segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

Autenticação mecânica

recorte aqui



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1134256	11/2019	R\$ 356,33

836000000031-56330075004.000000011314-5611190858



13/01/2020

Via de Pagamento para o mês/ano: 12/2019 referente a UC: 1020749



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4295757

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748, 02  
LIBERDADE 69309000 BOA VISTA RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1020749	12/2019	25-NOV-19 a 24-DEC-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
522	13-JAN-20	R\$ 460,58

### OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

## RORAIMA ENERGIA



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO  
1020749

MÊS  
12/2019

TOTAL A PAGAR  
R\$ 460,58

836800000041.605800750008.000000001024.074912190050





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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 64

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 61 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 023 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=L&CODIGO=19636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 RESEGUARD. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu,

*Denize Corrêa Pantas*

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 192.657.132-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

*Maycon Reysid de Jesus Oliveira* Inscrito (a) no CPF sob o N° \_\_\_\_\_  
do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vltima *Maycon Reysid de Jesus Oliveira*

Inscrito (a) no CPF sob o N° 021.293.832-14 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 Lider-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:	<i>Av. General Alaudí Tavares</i>	Número:	<i>2748</i>	Complemento:	<i>02</i>
Bairro:	<i>Liberdade</i>	Estado:	<i>RE</i>	CEP:	<i>69.300-000</i>
E-mail:	<i>lidersboosterrendencia@hotmail.com</i>				Tel (DDD): <i>(45) 99117-5392</i>

Local e Data: *Prá vista - 01/16 de janeiro 2020*

*Denize Corrêa Pantas*

Assinatura do Declarante

 <p><b>FICHA DE ATENDIMENTO</b> <b>BARRO III</b></p> <p>UNIDADE: EQUIPE: <i>Paulo Dantas - Ici Williams</i></p>	Nº 1162		 <p>SAMU 192</p>																																																																																			
Paciente: <i>Marcos de Souza de Oliveira</i>	Idade: 23	Sexo: M																																																																																				
Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>	Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia [ ]																																																																																					
Endereço: <i>Av. das Unidades</i>	Bairro: <i>Buriti</i>																																																																																					
Nº 10125	DATA 17/06/19	HORA J/9: 14:47-	BASE / VIA [ ] RÁDIO [ ]																																																																																			
Médico (a) Regulador (a): <i>Dra. Ana denauer</i>		HORA J/10: 15:00	CELULAR [ ]																																																																																			
MOTIVO: <i>Calor e dor no estomago</i>	9.15124	10.15124																																																																																				
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) 1 a 3 horas (✓) 4 a 24 horas (✓) Mais de 24 horas (✓) Não sabe (✓)																																																																																						
<table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito</td> <td><input type="checkbox"/> Urgência pélvica</td> <td><input type="checkbox"/> Queimadura</td> <td><input type="checkbox"/> Urgência obstétrica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agressão física / esfacelamento</td> <td><input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio</td> <td><input type="checkbox"/> Choque elétrico</td> <td><input type="checkbox"/> Transferência</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agressão física - FAF</td> <td><input type="checkbox"/> Envenenamento</td> <td><input type="checkbox"/> Queda</td> <td><input type="checkbox"/> Exame complementar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agressão física - FAB</td> <td><input type="checkbox"/> Afogamento</td> <td><input type="checkbox"/> Urgência clínica</td> <td><input type="checkbox"/> Outro: <i>Acidente off</i></td> </tr> </table>				<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito	<input type="checkbox"/> Urgência pélvica	<input type="checkbox"/> Queimadura	<input type="checkbox"/> Urgência obstétrica	<input type="checkbox"/> Agressão física / esfacelamento	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Agressão física - FAF	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exame complementar	<input type="checkbox"/> Agressão física - FAB	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Urgência clínica	<input type="checkbox"/> Outro: <i>Acidente off</i>																																																																			
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito	<input type="checkbox"/> Urgência pélvica	<input type="checkbox"/> Queimadura	<input type="checkbox"/> Urgência obstétrica																																																																																			
<input type="checkbox"/> Agressão física / esfacelamento	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Transferência																																																																																			
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAF	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exame complementar																																																																																			
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAB	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Urgência clínica	<input type="checkbox"/> Outro: <i>Acidente off</i>																																																																																			
ACIDENTE DE TRÂNSITO																																																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>VIA/VEZ</th> <th>MÉTODO DE EXPLOTAÇÃO</th> <th>OUTRAS PARTES ENVOLVIDAS</th> <th>ITENS DE SEGURANÇA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pedestre</td> <td><input type="checkbox"/> A pé</td> <td><input type="checkbox"/> Ônibus</td> <td><input type="checkbox"/> Automóvel</td> <td><input type="checkbox"/> Bicicleta</td> <td><input type="checkbox"/> Capacete</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Condutor</td> <td><input type="checkbox"/> Automóvel</td> <td><input type="checkbox"/> Micro-ônibus</td> <td><input type="checkbox"/> Motoцикль</td> <td><input type="checkbox"/> Animal</td> <td><input type="checkbox"/> Cinto de segurança</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Passageiro</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta</td> <td><input type="checkbox"/> Outro</td> <td><input type="checkbox"/> Ônibus</td> <td><input type="checkbox"/> Outro</td> <td><input type="checkbox"/> Airbag</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ignotado</td> <td><input type="checkbox"/> Bicicleta</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Micro-ônibus</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Assento para criança</td> </tr> </tbody> </table>		VIA/VEZ	MÉTODO DE EXPLOTAÇÃO	OUTRAS PARTES ENVOLVIDAS	ITENS DE SEGURANÇA	<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Capacete	<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Motoцикль	<input type="checkbox"/> Animal	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Airbag	<input type="checkbox"/> Ignotado	<input type="checkbox"/> Bicicleta		<input type="checkbox"/> Micro-ônibus		<input type="checkbox"/> Assento para criança																																																									
VIA/VEZ	MÉTODO DE EXPLOTAÇÃO	OUTRAS PARTES ENVOLVIDAS	ITENS DE SEGURANÇA																																																																																			
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Capacete																																																																																	
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Motoцикль	<input type="checkbox"/> Animal	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança																																																																																	
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Airbag																																																																																	
<input type="checkbox"/> Ignotado	<input type="checkbox"/> Bicicleta		<input type="checkbox"/> Micro-ônibus		<input type="checkbox"/> Assento para criança																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>VASOS SANGUÍNEOS</th> <th>VELOCIDADES</th> <th>CIRCULAÇÃO</th> <th>VALORES HEMODINÂMICOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Livre</td> <td><input type="checkbox"/> Apnéia</td> <td><input type="checkbox"/> Bradicardia</td> <td><input type="checkbox"/> Bradicardia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obstrução Parcial</td> <td><input type="checkbox"/> Disfnéia</td> <td><input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"</td> <td><input type="checkbox"/> Midriase</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obstrução Total</td> <td><input type="checkbox"/> Bradipneia</td> <td><input type="checkbox"/> Pulso radial ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Anisocoria</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Corpo estranho</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Taquipneia</td> <td><input type="checkbox"/> Pulso central ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Aparência Alcoolicada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Outro:</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Cianose central</td> <td><input type="checkbox"/> Extremidade</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Agitação psicomotora</td> </tr> </tbody> </table>				VASOS SANGUÍNEOS	VELOCIDADES	CIRCULAÇÃO	VALORES HEMODINÂMICOS	<input type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Disfnéia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Anisocoria	<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input checked="" type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Aparência Alcoolicada	<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Extremidade				<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora																																																							
VASOS SANGUÍNEOS	VELOCIDADES	CIRCULAÇÃO	VALORES HEMODINÂMICOS																																																																																			
<input type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia																																																																																			
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Disfnéia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Midriase																																																																																			
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Anisocoria																																																																																			
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input checked="" type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Aparência Alcoolicada																																																																																			
<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Extremidade																																																																																			
			<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">SINAIS DE INVESTIGAÇÃO</th> <th colspan="2">ESC. VISUAL "DDR"</th> <th>Glasgow</th> </tr> <tr> <th>Hora</th> <th>P.A mmHg</th> <th>P.C Bpm</th> <th>F.R lpm</th> <th>Sat O<sub>2</sub> %</th> <th>T. Axilar °C</th> <th>Glicemia</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Início 15:08</td> <td>110/80</td> <td>114</td> <td>27</td> <td>100%</td> <td>36.8</td> <td>-</td> <td>08 15</td> </tr> <tr> <td>Fin 16:19</td> <td>120/70</td> <td>115</td> <td>23</td> <td>99%</td> <td>36.7</td> <td>-</td> <td>06 15</td> </tr> </tbody> </table>				SINAIS DE INVESTIGAÇÃO					ESC. VISUAL "DDR"		Glasgow	Hora	P.A mmHg	P.C Bpm	F.R lpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia		Início 15:08	110/80	114	27	100%	36.8	-	08 15	Fin 16:19	120/70	115	23	99%	36.7	-	06 15																																																			
SINAIS DE INVESTIGAÇÃO					ESC. VISUAL "DDR"		Glasgow																																																																															
Hora	P.A mmHg	P.C Bpm	F.R lpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia																																																																																
Início 15:08	110/80	114	27	100%	36.8	-	08 15																																																																															
Fin 16:19	120/70	115	23	99%	36.7	-	06 15																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">LESÃO IDENTIFICADA</th> <th colspan="2">APARELHO AFETADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Dor</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Espontânea</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 - Hematoma</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Ao comando</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 3 - Conlussão</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> À dor</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 4 - Escoriação</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Sem resposta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 - Lacerção</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6 - Luxação</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7 - Fratura fechada</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8 - Fratura exposta</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9 - Ampulogênio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10 - Evacaração</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 11 - Afundamento de crânio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12 - Ferimento penetrante</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13 - Tórax instável</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 14 - Enfisema subcutâneo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 15 - Ferida aspirativa</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 16 - Empalamento</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 17 - Outros</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		LESÃO IDENTIFICADA		APARELHO AFETADO		<input checked="" type="checkbox"/> Dor		<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> 2 - Hematoma		<input type="checkbox"/> Ao comando	<input checked="" type="checkbox"/> 3 - Conlussão		<input type="checkbox"/> À dor	<input checked="" type="checkbox"/> 4 - Escoriação		<input type="checkbox"/> Sem resposta	<input type="checkbox"/> 5 - Lacerção			<input type="checkbox"/> 6 - Luxação			<input type="checkbox"/> 7 - Fratura fechada			<input type="checkbox"/> 8 - Fratura exposta			<input type="checkbox"/> 9 - Ampulogênio			<input type="checkbox"/> 10 - Evacaração			<input type="checkbox"/> 11 - Afundamento de crânio			<input type="checkbox"/> 12 - Ferimento penetrante			<input type="checkbox"/> 13 - Tórax instável			<input type="checkbox"/> 14 - Enfisema subcutâneo			<input type="checkbox"/> 15 - Ferida aspirativa			<input type="checkbox"/> 16 - Empalamento			<input type="checkbox"/> 17 - Outros			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESPONDE A VERDADE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 - Orientado</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 - Confuso</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 - Palavras Inapropriadas</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 - Palavras incompreensíveis</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 - Sem resposta</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		RESPONDE A VERDADE		<input type="checkbox"/> 5 - Orientado		<input type="checkbox"/> 4 - Confuso		<input type="checkbox"/> 3 - Palavras Inapropriadas		<input type="checkbox"/> 2 - Palavras incompreensíveis		<input type="checkbox"/> 1 - Sem resposta		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESPONDE A MORTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8 - Obedece a comandos</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 - Localiza a dor</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 - Movimento de retirada</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 - Flexão anormal</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 - Extensão anormal</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 - Bem resposta</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		RESPONDE A MORTAL		<input type="checkbox"/> 8 - Obedece a comandos		<input type="checkbox"/> 5 - Localiza a dor		<input type="checkbox"/> 4 - Movimento de retirada		<input type="checkbox"/> 3 - Flexão anormal		<input type="checkbox"/> 2 - Extensão anormal		<input type="checkbox"/> 1 - Bem resposta	
LESÃO IDENTIFICADA		APARELHO AFETADO																																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/> Dor		<input type="checkbox"/> Espontânea																																																																																				
<input type="checkbox"/> 2 - Hematoma		<input type="checkbox"/> Ao comando																																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/> 3 - Conlussão		<input type="checkbox"/> À dor																																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/> 4 - Escoriação		<input type="checkbox"/> Sem resposta																																																																																				
<input type="checkbox"/> 5 - Lacerção																																																																																						
<input type="checkbox"/> 6 - Luxação																																																																																						
<input type="checkbox"/> 7 - Fratura fechada																																																																																						
<input type="checkbox"/> 8 - Fratura exposta																																																																																						
<input type="checkbox"/> 9 - Ampulogênio																																																																																						
<input type="checkbox"/> 10 - Evacaração																																																																																						
<input type="checkbox"/> 11 - Afundamento de crânio																																																																																						
<input type="checkbox"/> 12 - Ferimento penetrante																																																																																						
<input type="checkbox"/> 13 - Tórax instável																																																																																						
<input type="checkbox"/> 14 - Enfisema subcutâneo																																																																																						
<input type="checkbox"/> 15 - Ferida aspirativa																																																																																						
<input type="checkbox"/> 16 - Empalamento																																																																																						
<input type="checkbox"/> 17 - Outros																																																																																						
RESPONDE A VERDADE																																																																																						
<input type="checkbox"/> 5 - Orientado																																																																																						
<input type="checkbox"/> 4 - Confuso																																																																																						
<input type="checkbox"/> 3 - Palavras Inapropriadas																																																																																						
<input type="checkbox"/> 2 - Palavras incompreensíveis																																																																																						
<input type="checkbox"/> 1 - Sem resposta																																																																																						
RESPONDE A MORTAL																																																																																						
<input type="checkbox"/> 8 - Obedece a comandos																																																																																						
<input type="checkbox"/> 5 - Localiza a dor																																																																																						
<input type="checkbox"/> 4 - Movimento de retirada																																																																																						
<input type="checkbox"/> 3 - Flexão anormal																																																																																						
<input type="checkbox"/> 2 - Extensão anormal																																																																																						
<input type="checkbox"/> 1 - Bem resposta																																																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">APARELHO AFETADO</th> <th colspan="2">APARELHO AFETADO</th> <th colspan="2">APARELHO AFETADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal</td> <td><input type="checkbox"/> FV</td> <td><input type="checkbox"/> Neurológica</td> <td><input type="checkbox"/> Metabólica</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Alergias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal</td> <td><input type="checkbox"/> TV</td> <td><input type="checkbox"/> Respiratória</td> <td><input type="checkbox"/> Infecções</td> <td><input type="checkbox"/> Cardiopatia</td> <td><input type="checkbox"/> Outros</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Flutter Atrial</td> <td><input type="checkbox"/> AESP</td> <td><input type="checkbox"/> Cardiovascular</td> <td><input type="checkbox"/> HAS</td> <td><input type="checkbox"/> Medicina de uso</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fibrilação atrial</td> <td><input type="checkbox"/> Assistolia</td> <td><input type="checkbox"/> Digestiva</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		APARELHO AFETADO		APARELHO AFETADO		APARELHO AFETADO		<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infecções	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Medicina de uso		<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Digestiva				<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">APARELHO AFETADO</th> <th colspan="2">APARELHO AFETADO</th> <th colspan="2">APARELHO AFETADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pequena</td> <td><input type="checkbox"/> Média</td> <td><input type="checkbox"/> Severe</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		APARELHO AFETADO		APARELHO AFETADO		APARELHO AFETADO		<input type="checkbox"/> Pequena	<input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Severe				<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">SAMU 192 CONFIRMA ORIGEM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Em 26/07/19</td> <td><input type="checkbox"/> Ana se</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rut</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		SAMU 192 CONFIRMA ORIGEM		<input type="checkbox"/> Em 26/07/19	<input type="checkbox"/> Ana se	<input type="checkbox"/> Rut																																		
APARELHO AFETADO		APARELHO AFETADO		APARELHO AFETADO																																																																																		
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias																																																																																	
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infecções	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros																																																																																	
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Medicina de uso																																																																																		
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Digestiva																																																																																				
APARELHO AFETADO		APARELHO AFETADO		APARELHO AFETADO																																																																																		
<input type="checkbox"/> Pequena	<input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Severe																																																																																				
SAMU 192 CONFIRMA ORIGEM																																																																																						
<input type="checkbox"/> Em 26/07/19	<input type="checkbox"/> Ana se																																																																																					
<input type="checkbox"/> Rut																																																																																						
Assinatura e Carimbo médico (Unidade de Deslize)																																																																																						
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Hospitalização				<input type="checkbox"/> Policia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros																																																																																		



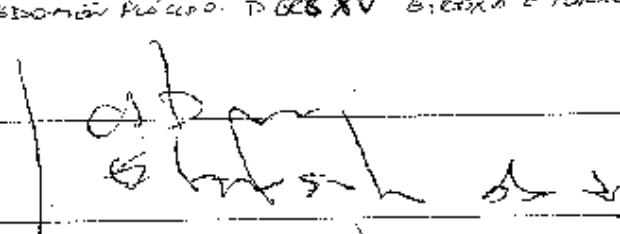
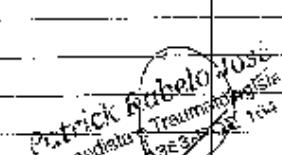
27/06/2019

... Guia de Aprendimento 17 ...

Bia 18/06/19 - 175

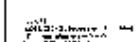
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral do Roraima - HGR / PERTI  
Av. Brigadier Evandro Góes, 3300

Classificação	Subclassificação	Classificação	Subclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vinhático	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde

1001124155	17/06/2010 16:17:43	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATO: OGIA	DIA/RN 07/19 24			
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA		27/12/1996	22 A 5 M 21 D	164022207880004	02127383214		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE 123	SSP	06/04/2008	M	SOLTEIRO(A)PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA	
Mãe				Pai		Contato	
REFJANE DE JESUS				ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA		(95) 99116-5634	
Endereço						Comunicação	
RUA - MONTEIRO LOBATO - 44 - CENTRO - SAO JOAO DA BALIZA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validado	Ativação	Sis Prenatal		
	<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
<b>ACIDENTE DE MOTO</b>	<b>URGÊNCIA</b>						
Solar	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:
<b>GRANDE TRAUMA</b>	<b>SAMU CAPITAL</b>						<b>ANTONIA SOARES</b>
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomatologia Respiratória <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Dor em Perna e Tornozeleira 							
Anamnese de Enfermagem				<b>GSC</b> NO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
TOTAL							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA: _____ h) PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. TEVE QDO FUGO SAIR DO PRAIA CURTA LONGA COM COLAR COXEAL.							
Exame Físico A: VIAS AÉREAS PÓRNOS B: HIV PRESENTE C: ABDOMEN PLÁCIDO. D: GGS XV SÍNTOMA E TOSSE 2020 INCLUIDO E COM ESTERGAS							
							
Hipótese Diagnóstica -TRAUMA CONCUVO DB TORNZELEIRA							
SABT - Exames Complementares <input type="checkbox"/> RAYO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SOM <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS							
PRESCRIÇÃO							
TILATIL 40mg EV DIPIRONA 5g EV							
							
APRAZAMENTO							
OBSERVAÇÃO							
							
Conduta							
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Peito <input type="checkbox"/> Alta a Revisão				<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observações (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação			

...impresso por: antonio\_soares  
Data: Lunes, 12/06/2019, 15:18:37

Resumo e Assinatura do M&ecirc;dico



# BLOCO B

## ALTA: 04/07/2019

### LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Sistema Agente de  
SUS Unico de Saúde

Agente de Saúde

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNPS

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO FIDUCIÁRIO

MAYCON DRYVIDOR JUNIOR GUERRA  
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (ANS)

6 - N° DO PHONOTÁRIO

1131008

7 - N° DE IDENTIFICAÇÃO (NIS/NISI)

8 - DATA DE NASCIMENTO

11 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDERECO (RUA, N° SANTO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SÍNOMAS CLÍNICOS

#### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fatorista refere: acidente de trânsito com moto  
discreta x contra (sic) com estriamento traseiro  
costurado no FR2 (e).

HOSPITAL CENTRAL DE Ribeirão Preto  
Av. Brás Edmundo, 2000 - Centro  
Ribeirão Preto - SP (16) 2132-0622

#### AUTENTICAÇÃO

Ass. 259

Perante o Dr. (a) que a presente  
é o original da documentação original  
que é a autenticação deste Hospital.

18 - CÓDIGO DE AUSENCIA

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

História clínica, exame físico e RX.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura na fossa acetabulo (e).

21 - CÓDIGO PRINCIPAL 22 - CÓDIGO SECUNDÁRIO 2305 21 (C0845 35000345)

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

- PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CÓDIGO DE REGISTRO DO CÓNSULÉ

33 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

34 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - NOME DA SEGURODORA

37 - N° DOCUMENTE 38 - SÉRIE

37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

38 - CNPJ EMPRESA

38 - EMPREGADO

39 - EMPREGADOR

40 - EMPREGADO

41 - AUTONÔMO

42 - EMPREGADOR

43 - INDEMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - INDEMPREGADO

46 - EMPREGADOR

47 - INDEMPREGADO

48 - EMPREGADOR

49 - INDEMPREGADO

50 - EMPREGADOR

51 - INDEMPREGADO

52 - EMPREGADOR

53 - INDEMPREGADO

54 - EMPREGADOR

55 - INDEMPREGADO

56 - EMPREGADOR

57 - INDEMPREGADO

58 - EMPREGADOR

59 - INDEMPREGADO

60 - EMPREGADOR

61 - INDEMPREGADO

62 - EMPREGADOR

63 - INDEMPREGADO

64 - EMPREGADOR

65 - INDEMPREGADO

66 - EMPREGADOR

67 - INDEMPREGADO

68 - EMPREGADOR

69 - INDEMPREGADO

70 - EMPREGADOR

71 - INDEMPREGADO

72 - EMPREGADOR

73 - INDEMPREGADO

74 - EMPREGADOR

75 - INDEMPREGADO

76 - EMPREGADOR

77 - INDEMPREGADO

78 - EMPREGADOR

79 - INDEMPREGADO

80 - EMPREGADOR

81 - INDEMPREGADO

82 - EMPREGADOR

83 - INDEMPREGADO

84 - EMPREGADOR

85 - INDEMPREGADO

86 - EMPREGADOR

87 - INDEMPREGADO

88 - EMPREGADOR

89 - INDEMPREGADO

90 - EMPREGADOR

91 - INDEMPREGADO

92 - EMPREGADOR

93 - INDEMPREGADO

94 - EMPREGADOR

95 - INDEMPREGADO

96 - EMPREGADOR

97 - INDEMPREGADO

98 - EMPREGADOR

99 - INDEMPREGADO

100 - EMPREGADOR

101 - INDEMPREGADO

102 - EMPREGADOR

103 - INDEMPREGADO

104 - EMPREGADOR

105 - INDEMPREGADO

106 - EMPREGADOR

107 - INDEMPREGADO

108 - EMPREGADOR

109 - INDEMPREGADO

110 - EMPREGADOR

111 - INDEMPREGADO

112 - EMPREGADOR

113 - INDEMPREGADO

114 - EMPREGADOR

115 - INDEMPREGADO

116 - EMPREGADOR

117 - INDEMPREGADO

118 - EMPREGADOR

119 - INDEMPREGADO

120 - EMPREGADOR

121 - INDEMPREGADO

122 - EMPREGADOR

123 - INDEMPREGADO

124 - EMPREGADOR

125 - INDEMPREGADO

126 - EMPREGADOR

127 - INDEMPREGADO

128 - EMPREGADOR

129 - INDEMPREGADO

130 - EMPREGADOR

131 - INDEMPREGADO

132 - EMPREGADOR

133 - INDEMPREGADO

134 - EMPREGADOR

135 - INDEMPREGADO

136 - EMPREGADOR

137 - INDEMPREGADO

138 - EMPREGADOR

139 - INDEMPREGADO

140 - EMPREGADOR

141 - INDEMPREGADO

142 - EMPREGADOR

143 - INDEMPREGADO

144 - EMPREGADOR

145 - INDEMPREGADO

146 - EMPREGADOR

147 - INDEMPREGADO

148 - EMPREGADOR

149 - INDEMPREGADO

150 - EMPREGADOR

151 - INDEMPREGADO

152 - EMPREGADOR

153 - INDEMPREGADO

154 - EMPREGADOR

155 - INDEMPREGADO

156 - EMPREGADOR

157 - INDEMPREGADO

158 - EMPREGADOR

159 - INDEMPREGADO

160 - EMPREGADOR

161 - INDEMPREGADO

162 - EMPREGADOR

163 - INDEMPREGADO

164 - EMPREGADOR

165 - INDEMPREGADO

166 - EMPREGADOR

167 - INDEMPREGADO

168 - EMPREGADOR

169 - INDEMPREGADO

170 - EMPREGADOR

171 - INDEMPREGADO

172 - EMPREGADOR

173 - INDEMPREGADO

174 - EMPREGADOR

175 - INDEMPREGADO

176 - EMPREGADOR

177 - INDEMPREGADO

178 - EMPREGADOR

179 - INDEMPREGADO

180 - EMPREGADOR

181 - INDEMPREGADO

182 - EMPREGADOR

183 - INDEMPREGADO

184 - EMPREGADOR

185 - INDEMPREGADO

186 - EMPREGADOR

187 - INDEMPREGADO

188 - EMPREGADOR

189 - INDEMPREGADO

190 - EMPREGADOR

191 - INDEMPREGADO

192 - EMPREGADOR

193 - INDEMPREGADO

194 - EMPREGADOR

195 - INDEMPREGADO

196 - EMPREGADOR

197 - INDEMPREGADO

198 - EMPREGADOR

199 - INDEMPREGADO

200 - EMPREGADOR

201 - INDEMPREGADO

202 - EMPREGADOR

203 - INDEMPREGADO

204 - EMPREGADOR

205 - INDEMPREGADO

206 - EMPREGADOR

207 - INDEMPREGADO

208 - EMPREGADOR

209 - INDEMPREGADO

210 - EMPREGADOR

211 - INDEMPREGADO

212 - EMPREGADOR

213 - INDEMPREGADO

214 - EMPREGADOR

215 - INDEMPREGADO

216 - EMPREGADOR

217 - INDEMPREGADO

218 - EMPREGADOR

219 - INDEMPREGADO

220 - EMPREGADOR

221 - INDEMPREGADO

222 - EMPREGADOR

223 - INDEMPREGADO

224 - EMPREGADOR

225 - INDEMPREGADO

226 - EMPREGADOR

227 - INDEMPREGADO

228 - EMPREGADOR

229 - INDEMPREGADO

230 - EMPREGADOR

231 - INDEMPREGADO

232 - EMPREGADOR

233 - INDEMPREGADO

234 - EMPREGADOR

235 - INDEMPREGADO

236 - EMPREGADOR

237 - INDEMPREGADO

238 - EMPREGADOR

239 - INDEMPREGADO

240 - EMPREGADOR

241 - INDEMPREGADO

SUS	Sistema Único de Saúde	Mínisterio da Saúde	FOLHO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SORTEADO:				R.G.R
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE CEDENTE:				
3 - ENDERECO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:				
4 - CEP DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:				
5 - NOME DO DIRETOR DA UNIDADE:				
6 - TELEFONE DE CONTATO:				
7 - DATA DE EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO:				27/12/96
8 - TÉCNICAS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:				
9 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):				
10 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:				Exame de sangue
11 - CARÁTER DA INVESTIGAÇÃO:				Exame de sangue
12 - DOCUMENTO:				
13 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ADVERTIDOR:				Dr. R. G. R.
14 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:				Exame de sangue
15 - DOCUMENTO (ENSCOF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:				
16 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ADVERTIDOR:				Dr. R. G. R.
17 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:				030719
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:				030719
19 - CÓDIGO DA AUTORIZAÇÃO:				
20 - CÓDIGO DA AUTORIZAÇÃO:				
21 - CÓDIGO DA AUTORIZAÇÃO:				
22 - CÓDIGO DA AUTORIZAÇÃO:				
23 - ACIDENTE DE TRABALHO:				
24 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO:				
25 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO:				
26 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA FERIADO:				
27 - DEMONSTRATIVO:				
28 - ATIVÔMOS:				
29 - DESPROVADO:				
30 - APOSENTADO:				
31 - NÃO SESSÃO:				
32 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
33 - DEMONSTRATIVO:				
34 - ATIVÔMOS:				
35 - DESPROVADO:				
36 - APOSENTADO:				
37 - NÃO SESSÃO:				
38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
39 - DEMONSTRATIVO:				
40 - ATIVÔMOS:				
41 - DESPROVADO:				
42 - APOSENTADO:				
43 - NÃO SESSÃO:				
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
45 - DEMONSTRATIVO:				
46 - ATIVÔMOS:				
47 - DESPROVADO:				
48 - APOSENTADO:				
49 - NÃO SESSÃO:				
50 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
51 - DEMONSTRATIVO:				
52 - ATIVÔMOS:				
53 - DESPROVADO:				
54 - APOSENTADO:				
55 - NÃO SESSÃO:				
56 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
57 - DEMONSTRATIVO:				
58 - ATIVÔMOS:				
59 - DESPROVADO:				
60 - APOSENTADO:				
61 - NÃO SESSÃO:				
62 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
63 - DEMONSTRATIVO:				
64 - ATIVÔMOS:				
65 - DESPROVADO:				
66 - APOSENTADO:				
67 - NÃO SESSÃO:				
68 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
69 - DEMONSTRATIVO:				
70 - ATIVÔMOS:				
71 - DESPROVADO:				
72 - APOSENTADO:				
73 - NÃO SESSÃO:				
74 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
75 - DEMONSTRATIVO:				
76 - ATIVÔMOS:				
77 - DESPROVADO:				
78 - APOSENTADO:				
79 - NÃO SESSÃO:				
80 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
81 - DEMONSTRATIVO:				
82 - ATIVÔMOS:				
83 - DESPROVADO:				
84 - APOSENTADO:				
85 - NÃO SESSÃO:				
86 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
87 - DEMONSTRATIVO:				
88 - ATIVÔMOS:				
89 - DESPROVADO:				
90 - APOSENTADO:				
91 - NÃO SESSÃO:				
92 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
93 - DEMONSTRATIVO:				
94 - ATIVÔMOS:				
95 - DESPROVADO:				
96 - APOSENTADO:				
97 - NÃO SESSÃO:				
98 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
99 - DEMONSTRATIVO:				
100 - ATIVÔMOS:				
101 - DESPROVADO:				
102 - APOSENTADO:				
103 - NÃO SESSÃO:				
104 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
105 - DEMONSTRATIVO:				
106 - ATIVÔMOS:				
107 - DESPROVADO:				
108 - APOSENTADO:				
109 - NÃO SESSÃO:				
110 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
111 - DEMONSTRATIVO:				
112 - ATIVÔMOS:				
113 - DESPROVADO:				
114 - APOSENTADO:				
115 - NÃO SESSÃO:				
116 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
117 - DEMONSTRATIVO:				
118 - ATIVÔMOS:				
119 - DESPROVADO:				
120 - APOSENTADO:				
121 - NÃO SESSÃO:				
122 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
123 - DEMONSTRATIVO:				
124 - ATIVÔMOS:				
125 - DESPROVADO:				
126 - APOSENTADO:				
127 - NÃO SESSÃO:				
128 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
129 - DEMONSTRATIVO:				
130 - ATIVÔMOS:				
131 - DESPROVADO:				
132 - APOSENTADO:				
133 - NÃO SESSÃO:				
134 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
135 - DEMONSTRATIVO:				
136 - ATIVÔMOS:				
137 - DESPROVADO:				
138 - APOSENTADO:				
139 - NÃO SESSÃO:				
140 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
141 - DEMONSTRATIVO:				
142 - ATIVÔMOS:				
143 - DESPROVADO:				
144 - APOSENTADO:				
145 - NÃO SESSÃO:				
146 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
147 - DEMONSTRATIVO:				
148 - ATIVÔMOS:				
149 - DESPROVADO:				
150 - APOSENTADO:				
151 - NÃO SESSÃO:				
152 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
153 - DEMONSTRATIVO:				
154 - ATIVÔMOS:				
155 - DESPROVADO:				
156 - APOSENTADO:				
157 - NÃO SESSÃO:				
158 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
159 - DEMONSTRATIVO:				
160 - ATIVÔMOS:				
161 - DESPROVADO:				
162 - APOSENTADO:				
163 - NÃO SESSÃO:				
164 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
165 - DEMONSTRATIVO:				
166 - ATIVÔMOS:				
167 - DESPROVADO:				
168 - APOSENTADO:				
169 - NÃO SESSÃO:				
170 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
171 - DEMONSTRATIVO:				
172 - ATIVÔMOS:				
173 - DESPROVADO:				
174 - APOSENTADO:				
175 - NÃO SESSÃO:				
176 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
177 - DEMONSTRATIVO:				
178 - ATIVÔMOS:				
179 - DESPROVADO:				
180 - APOSENTADO:				
181 - NÃO SESSÃO:				
182 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
183 - DEMONSTRATIVO:				
184 - ATIVÔMOS:				
185 - DESPROVADO:				
186 - APOSENTADO:				
187 - NÃO SESSÃO:				
188 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
189 - DEMONSTRATIVO:				
190 - ATIVÔMOS:				
191 - DESPROVADO:				
192 - APOSENTADO:				
193 - NÃO SESSÃO:				
194 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
195 - DEMONSTRATIVO:				
196 - ATIVÔMOS:				
197 - DESPROVADO:				
198 - APOSENTADO:				
199 - NÃO SESSÃO:				
200 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
201 - DEMONSTRATIVO:				
202 - ATIVÔMOS:				
203 - DESPROVADO:				
204 - APOSENTADO:				
205 - NÃO SESSÃO:				
206 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
207 - DEMONSTRATIVO:				
208 - ATIVÔMOS:				
209 - DESPROVADO:				
210 - APOSENTADO:				
211 - NÃO SESSÃO:				
212 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
213 - DEMONSTRATIVO:				
214 - ATIVÔMOS:				
215 - DESPROVADO:				
216 - APOSENTADO:				
217 - NÃO SESSÃO:				
218 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
219 - DEMONSTRATIVO:				
220 - ATIVÔMOS:				
221 - DESPROVADO:				
222 - APOSENTADO:				
223 - NÃO SESSÃO:				
224 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
225 - DEMONSTRATIVO:				
226 - ATIVÔMOS:				
227 - DESPROVADO:				
228 - APOSENTADO:				
229 - NÃO SESSÃO:				
230 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
231 - DEMONSTRATIVO:				
232 - ATIVÔMOS:				
233 - DESPROVADO:				
234 - APOSENTADO:				
235 - NÃO SESSÃO:				
236 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
237 - DEMONSTRATIVO:				
238 - ATIVÔMOS:				
239 - DESPROVADO:				
240 - APOSENTADO:				
241 - NÃO SESSÃO:				
242 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
243 - DEMONSTRATIVO:				
244 - ATIVÔMOS:				
245 - DESPROVADO:				
246 - APOSENTADO:				
247 - NÃO SESSÃO:				
248 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
249 - DEMONSTRATIVO:				
250 - ATIVÔMOS:				
251 - DESPROVADO:				
252 - APOSENTADO:				
253 - NÃO SESSÃO:				
254 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
255 - DEMONSTRATIVO:				
256 - ATIVÔMOS:				
257 - DESPROVADO:				
258 - APOSENTADO:				
259 - NÃO SESSÃO:				
260 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
261 - DEMONSTRATIVO:				
262 - ATIVÔMOS:				
263 - DESPROVADO:				
264 - APOSENTADO:				
265 - NÃO SESSÃO:				
266 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
267 - DEMONSTRATIVO:				
268 - ATIVÔMOS:				
269 - DESPROVADO:				
270 - APOSENTADO:				
271 - NÃO SESSÃO:				
272 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
273 - DEMONSTRATIVO:				
274 - ATIVÔMOS:				
275 - DESPROVADO:				
276 - APOSENTADO:				
277 - NÃO SESSÃO:				
278 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
279 - DEMONSTRATIVO:				
280 - ATIVÔMOS:				
281 - DESPROVADO:				
282 - APOSENTADO:				
283 - NÃO SESSÃO:				
284 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
285 - DEMONSTRATIVO:				
286 - ATIVÔMOS:				
287 - DESPROVADO:				
288 - APOSENTADO:				
289 - NÃO SESSÃO:				
290 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
291 - DEMONSTRATIVO:				
292 - ATIVÔMOS:				
293 - DESPROVADO:				
294 - APOSENTADO:				
295 - NÃO SESSÃO:				
296 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
297 - DEMONSTRATIVO:				
298 - ATIVÔMOS:				
299 - DESPROVADO:				
300 - APOSENTADO:				
301 - NÃO SESSÃO:				
302 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
303 - DEMONSTRATIVO:				
304 - ATIVÔMOS:				
305 - DESPROVADO:				
306 - APOSENTADO:				
307 - NÃO SESSÃO:				
308 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
309 - DEMONSTRATIVO:				
310 - ATIVÔMOS:				
311 - DESPROVADO:				
312 - APOSENTADO:				
313 - NÃO SESSÃO:				
314 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
315 - DEMONSTRATIVO:				
316 - ATIVÔMOS:				
317 - DESPROVADO:				
318 - APOSENTADO:				
319 - NÃO SESSÃO:				
320 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
321 - DEMONSTRATIVO:				
322 - ATIVÔMOS:				
323 - DESPROVADO:				
324 - APOSENTADO:				
325 - NÃO SESSÃO:				
326 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
327 - DEMONSTRATIVO:				
328 - ATIVÔMOS:				
329 - DESPROVADO:				
330 - APOSENTADO:				
331 - NÃO SESSÃO:				
332 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
333 - DEMONSTRATIVO:				
334 - ATIVÔMOS:				
335 - DESPROVADO:				
336 - APOSENTADO:				
337 - NÃO SESSÃO:				
338 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
339 - DEMONSTRATIVO:				
340 - ATIVÔMOS:				
341 - DESPROVADO:				
342 - APOSENTADO:				
343 - NÃO SESSÃO:				
344 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
345 - DEMONSTRATIVO:				
346 - ATIVÔMOS:				
347 - DESPROVADO:				
348 - APOSENTADO:				
349 - NÃO SESSÃO:				
350 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
351 - DEMONSTRATIVO:				
352 - ATIVÔMOS:				
353 - DESPROVADO:				
354 - APOSENTADO:				
355 - NÃO SESSÃO:				
356 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
357 - DEMONSTRATIVO:				
358 - ATIVÔMOS:				
359 - DESPROVADO:				
360 - APOSENTADO:				
361 - NÃO SESSÃO:				
362 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
363 - DEMONSTRATIVO:				
364 - ATIVÔMOS:				
365 - DESPROVADO:				
366 - APOSENTADO:				
367 - NÃO SESSÃO:				
368 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
369 - DEMONSTRATIVO:				
370 - ATIVÔMOS:				
371 - DESPROVADO:				
372 - APOSENTADO:				
373 - NÃO SESSÃO:				
374 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
375 - DEMONSTRATIVO:				
376 - ATIVÔMOS:				
377 - DESPROVADO:				
378 - APOSENTADO:				
379 - NÃO SESSÃO:				
380 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
381 - DEMONSTRATIVO:				
382 - ATIVÔMOS:				
383 - DESPROVADO:				
384 - APOSENTADO:				
385 - NÃO SESSÃO:				
386 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
387 - DEMONSTRATIVO:				
388 - ATIVÔMOS:				
389 - DESPROVADO:				
390 - APOSENTADO:				
391 - NÃO SESSÃO:				
392 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
393 - DEMONSTRATIVO:				
394 - ATIVÔMOS:				
395 - DESPROVADO:				
396 - APOSENTADO:				
397 - NÃO SESSÃO:				
398 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
399 - DEMONSTRATIVO:				
400 - ATIVÔMOS:				
401 - DESPROVADO:				
402 - APOSENTADO:				
403 - NÃO SESSÃO:				
404 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
405 - DEMONSTRATIVO:				
406 - ATIVÔMOS:				
407 - DESPROVADO:				
408 - APOSENTADO:				
409 - NÃO SESSÃO:				
410 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
411 - DEMONSTRATIVO:				
412 - ATIVÔMOS:				
413 - DESPROVADO:				
414 - APOSENTADO:				
415 - NÃO SESSÃO:				
416 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				
417 - DEMONSTRATIVO:				
418 - ATIVÔMOS:				
419 - DESPROVADO:				
420 - APOSENTADO:				
421 - NÃO SESSÃO:				



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 03/12/19

O.S.

Maycon Vagner De  
Jesus Oliveira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO: Dr. Negro

2º AUXILIAR: Dr. Nunes

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º auxiliar:

Dr. Vagner A.

INSTRUMENTADORA: Dr. Delmara R.

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Fazendo em P.P.L. sob anestesia.
- ② Separa e Anteropexia
- ③ Colocando os canos esteril.
- ④ Menor intar lateral + dividem os glenos
- + descolagem da face da fratura
- ⑤ Reduz o buraco + fixação com placa de cerâmica larg. 07 furos, com parafusos + parafuso transversal com amarração de interbraço de imagens
- ⑥ Subiu por manus zpos L.D.C.
- ⑦ Curativos
- ⑧ M.A.



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
Secretaria de Estado da Saúde

FICHA DE ANESTESIA

Maycon Dantas de Souza Oliveira, 22 a

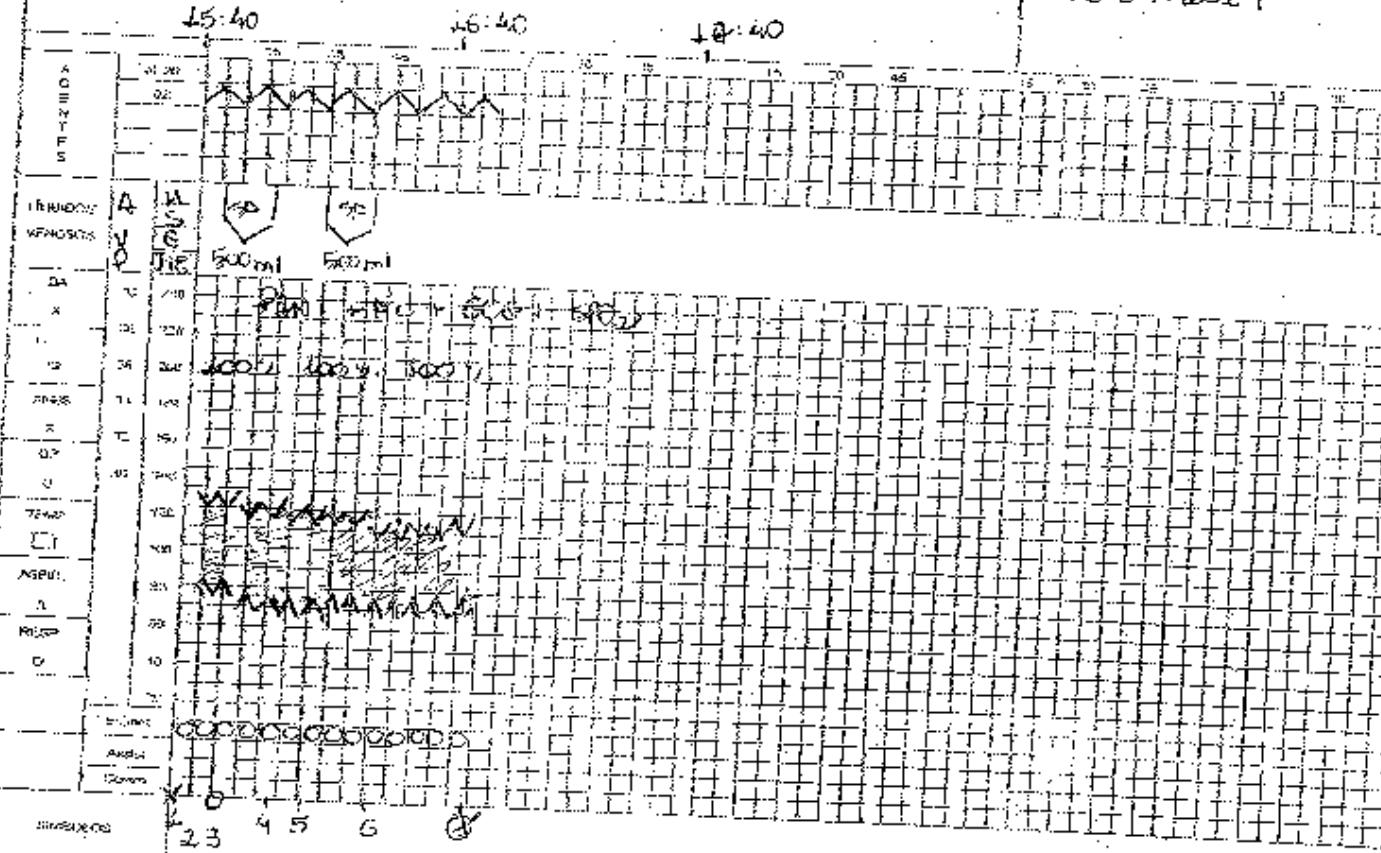
Boa Vista, RR

03.07.2019

15:40

16:40

17:40



ANESTÉSICOS

- \* Fentanyl
- midazolam
- Bupivacaína(+) 0.05%

Lactato estereta de sódio  
Hipofisário com tampones de  
Indústria, com ventilação  
respiratória.

check list + monitorização (PA + FC,  
ECG + SpO<sub>2</sub>)

1. Anestesia da região lombor sacral à 30% + coloconca se  
causar estímulos feintinadores.

2. Em caixas lombor lésis com  
água 26°C (Oximile) cause  
saída de líquido cloro, nemotex  
+ injeção de bupivacaína(+) 15 mg  
3. Bloqueio lombor sacral

laringe, traquea, broncoscopio  
Oximile Proptileno - Nitrogênio  
Hockey - Nitro

4. Laringe, traquea, broncoscopio  
Oximile Proptileno - Nitrogênio  
Hockey - Nitro

coração / pulmão

Dr. Marcelo Bruder DR. Rogerio

Dr. Manoel Brum

Dr. Alinart.

HCPM / Biomedicina

3. atropina 4 g ev

4. Dexantetamina 10 mg ev

5. Teoxicocin 40 mg ev

6. Dipiridam 2g ev

& encaminho paciente para STB

Dra. Evelyn Fernandes  
Médica CRM/RN 1484  
Anestesiologista RQE 161



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

22 FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGI

NOME DO PACIENTE	APT OU LFTO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
<i>maycon Dayanil de Jesus</i>	<i>212-31</i>		<i>03/02/17</i>	
TIPO	CIRURGIA	INÍCIO	TEMPO DE DURAÇÃO	
<i>Osteopantese Fratura + TIZ les gencio</i>		<i>16:26</i>	TEMPO TOTAL <i>17:10</i>	
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA	ANESTESISTA:	<i>De Oliveira</i>	
1º AUXILIAR		RFS. ANESTESIA:	<i>Re Anchieta</i>	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		
TIPO DE ANESTESIA:	Locoregional	CIRCULANTE	<i>Re Oliveira</i>	
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	TEMPO DE DURAÇÃO:	
<input checked="" type="checkbox"/>	PCT'S COMPRESSAS C/ 03 UNID.		QUANT. MEDICAMENTOS	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE		FRASCOS- SORO FÍSICOLOGICO	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 7.0		FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	<i>500 ml</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 7.5		FRASCOS- SORO GLUCOSADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 8.0		FIO VICRYL N° 3-0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 8.5		FIO MONONYLON N° 3-0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI. N° 24		FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO N°		FIO CATGUT SIMPLES N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX N°		FIO CATGUT CROMADO N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE N°		FIO PROLENE N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML		FIO SEDAL N°	<i>Alcool 100% 17</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML		SURGICEL	<i>Alcool 02% 17</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML.		CERA PTOSO	<i>Alcool 16% 16 C</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		KIT CALABATA-K	<i>Alcool 20 ml</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML		GELOFAM	<i>Alcool 30 ml</i>
<i>(Alcool 300 ml)</i>			FITA CARDIACA	
<i>Clorexidina 200 ml</i>			OUTROS:	<i>10</i>
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE			
	<i>Rebeca</i>			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA			
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C - 8 min.			
121°C - 98.6 min.	134°C - 3.8 min.			
134°C - 3.8 min.				
Medstéril				
<i>Requebra Clase 5</i>				
Integrador CLASSE 5	VAPOR STEAM			
Preto processado Black processed				
EN-100 99140-10000	121°C - 98.6 min. / 122°C -			



ESTADO DE RORAIMA  
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
**CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS**

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado: Determinar Fratura Triz		
Nome do Paciente: Keyon Deyvid de Jesus Oliveira	Nº do Prontuário: S/ N°	Data: 04/07/15		
Bloco: B	Enfermaria: 213	Leito: 3	Nº da Saia: 05	Circulante da Sala: José Lator
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Pequenos Fragmentos 3,5				

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ( ) Empresa (X) Dados Adicionais:

ITEM

DESCRIÇÃO DO ITEM

UNID. QUANT. MARCA

Placa Ferre 1/2 3 Euros

01

Parafuso Coração N-14

02

" " N-16

01

Parafuso Esportes Plata N-22

01

Parafuso Esportes Plata N-24

01

MÉDICO CIRURGÃO: Dr. Rogério Lox. para B. 1º AUXILIAR: Dr. Renato P.

INSTRUMENTADOR: Yank

VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE  
OPME/CME



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



CHAMADO DE 10/06/2019	DATA DE ADMISSÃO	PREScrição MEdICA		DIH	17/06/2019	DN	27/12/1996
				<b>MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA</b>			

PACIENTE MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

**EX DE TORNозЕЛО E**

AGNOSTI  
L'ERGIA

HAS DM2  
LEILO 212-3 DATA 03/07/2019

IDADE	22	LEITO	212-3	DIA	HORÁRIO
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL ZERO HJ A TARDE	1400mL x 5			SW 2
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SU
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN				SU
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SU
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SU
11	SSVV + CCGG 6/6 H				SU
12	ÓLEO MINERAL 10ML VO DE 8/8H SN				OB
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				OB
15	CURATIVO DIÁRIO				

**SE DIABÉTICO** CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),  
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;  
351-400: 8UI;  $\geq 400$ : 10 UI E OU GLICOSE  $\leq 70$  DL/ML, GLICOSE  
50% 40 ML EV + AVISAR PIANTONISTA

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

**ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LFITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.**

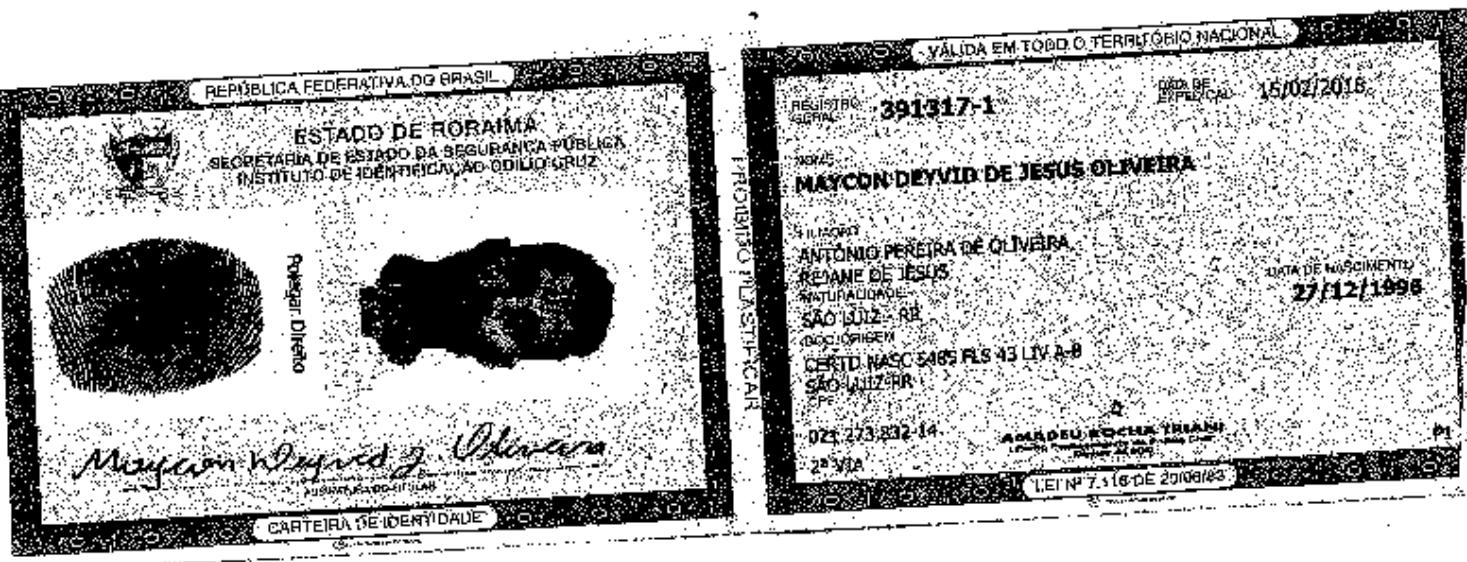
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,  
ANICTÉRICO, AFFBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS  
PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, FM USO DE TALA  
BOTA..

BOTA..				
SINAIS VITais				
ESOLCHADO	PA	FC	FR	
6H				36
# CONDUITA MANTIDA				
12H	125/74	73		
# PRGRAMAÇÃO DE CIRURGIA				
IF PA: HISSÃO DE ALTA SEM PREVISÃO				

Dr. Augusto Cavalcante  
CRM-RR 1964  
Residente de Ortopedia  
Traumatologia

9/12/15 Patients no bind  
Lungito toe - want  
PA

Vento de 18-30 Km/h  
Temperatura 36°C





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038967

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Data do acidente: 17/06/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.  
P6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## *PROCURAÇÃO*

#### **OUTORGANTE:**

NOME: Maycon Henrique de Jesus Oliveira ESTADO CIVIL: Solteiro  
NACIONALIDADE: Brasileira RG: 391317-1 SSP/RR  
PROFISSÃO: Estagiária  
CPF: 021.273.832-14  
ENDERECO: R-Pedro Praça, 1882 Asa Branca.  
VITIMA: Maycon Henrique de Jesus Oliveira DATA DO ACIDENTE: 17/06/2019  
CPF: 021.273.832-14 ( ) INVALIDEZ ( ) MORTE  
NATUREZA: ( ) DAMS ( X ) INVALIDEZ

**OUTORGADA:**

**Nome:** DENILZE CORREA DANTAS  
**Nacionalidade:** BRASILEIRA **Est. Civil:** CASADA.  
**Profissão:** EMPRESÁRIA **Identidade:** 3142655 **SSP/RCPF:** 792.657.152-00  
**Endereço:** AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 **BAIRRO:** LIBERDADE

## **PODERES:**

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

BOA Vista SC, 16 de julho de 2019

A rectangular stamp with a double-line border. The word "CARTÓRIO" is at the top, followed by "DO" and "2º OFÍCIO" stacked vertically in the center, and "NOTARIA" at the bottom.

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032895/20

**Vítima:** MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

**CPF:** 021.273.832-14

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/06/2019

**Titular do CPF:** MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

#### MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA : 021.273.832-14

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 23/01/2020

Nome: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

CPF: 021.273.832-14

Data do cadastramento: 23/01/2020

Nome: MANOEL COELHO NETO

CPF: 413.653.806-53

MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

MANOEL COELHO NETO



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

---

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200038967**

**Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 17/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

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

**Senhor(a), MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15422072



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

---

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200038967

Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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

Recebedor: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000031290-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

**LIDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
**021.273.832-14** **Bayon Deyvid de Jesus Oliveira**

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012**

5 - Nome completo: **Bayon Deyvid de Jesus Oliveira** 6 - CPF: **021.273.832-14**  
 7 - Profissão: **Encanista** 8 - Endereço: **Rua Pedro**  
 11 - Bairro: **De Maria** 12 - Cidade: **Maracanaú** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **69.312-308**  
 15 - E-mail: **tidocarvalho.pendencia@hotmail.com** 16 - Tel. (DDD): **(85) 99917-5392**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

**20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:**

RECUZO INFORMAR  R\$1,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

**21 - VALORES BANCÁRIOS:**  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR E CURADOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (23)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0653** CONTA: **31290** (Informar o dígito de exibir) (Informar o dígito de exibir) (Informar o dígito de exibir) (Informar o dígito de exibir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinei 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

**23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

24 - Estado Civil:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Fato do óbito:  Morte da vítima

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

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

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

**34**  
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido  
 38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha  
 39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjri.jus.br/projudi/> - Identificador: PjYVM7L537D ZCE59 D3EDA

ESTATE PLANNING



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023185/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/07/2019 10:52 Data/Hora Fim: 31/07/2019 11:10  
Origem: Polícia Judiciária Data: 31/07/2019  
Delegado de Policia: Alessander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 17/06/2019 14:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Imigrantes

Bairro: Buritis

Ponto de Referência: Pizzaria Manencial

Tipo do Local: Via Pública

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

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA (VITIMA, COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - São Luiz Sexo: Masculino Nasc: 27/12/1998  
Profissão: Estoquista Escolaridade: Ensino Médio Completo  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Rejane de Jesus Nome do Pai: Antônio Pereira de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro do Pessoas Físicas: 021.273.832-14

RG - Carteira de Identidade: 391317-1

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua: Pedro Praça Nº: 1682  
Complemento: Apartamento 01  
Bairro: Asa Branca  
Telefone: (95) 99126-6384 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 467.785.273-15	Placa: NAK-0265
Renavam: 00804454850	Número do Motor: JC30E13242660
Número do Chassi: 9C2JC30103R242860	Ano/Modelo Fabricação: 2003/2003
Cor: AZUL	UF Veículo: Roraima
Município Veículo: Boa Vista	Marca/Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS
Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023185/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Maycon Deyvid de Jesus Oliveira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não possui habilitação, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava conduzindo a motocicleta também devolutamente descrita acima e que é de propriedade de ANTONIO REGINALDO G. DA SILVA, onde veio a colidir na traseira de um veículo que parou bruscamente em sua frente. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado por equipe do SAMU até o HGR. Que não sabe informar as características do outro veículo envolvido, apenas que a condutora posteriormente procurou ter seus danos resarcidos. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

DAT

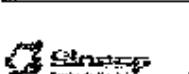
31/12/2019

Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia  
Matrícula: 42500905  
Responsável pelo Atendimento

Maycon Deyvid de Jesus Oliveira  
(Comunicante / Vítima)

AGENTE DE POLÍCIA

"Declaro para os devidos fins de que sou eu o(a) encarregado(a) responsável pelas informações contidas no boletim e que fui eu que pude responder civil e criminalmente pela exata e sincera informação que dei, em conformidade com o artigo 336-Denúncia de Caluniosa e 340-Denúncia de Falsa Informação, ambos do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Alexander Lopes da Silva  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 31/07/2019 11:11  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

021.273.832-14

4 - Nome completo da vítima:

Rayon Reynal de Jesus Oliveira

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

5 - Nome completo:

Rayon Reynal de Jesus Oliveira

6 - CPF:

021.273.832-14

7 - Profissão:

Estagiária

8 - Endereço:

Rua Pedro

9 - Número:

1802

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Uirapuru

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

Roraima

14 - CEP:

69.312-308

15 - Tel. (DDD):

(65) 49117-5398

16 - E-mail:

lurianauta.yendinecio@hotmail.com

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR

R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00

R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00

ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - TIPOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PARA INDIVIDUALIZAR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (0653)

CONTA: 31290

(Informar o dígito de endstr.)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Assento, sob a responsabilidade, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) caso desça de requerimento de indenização, devido ao motivo que assinalo, 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

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

24 - Sexo:

Solteiro     Casado (no Civil)     Divorciado     Separado judicialmente     Viúvo

24 - Sexo:

solteiro

25 - Grau de Parentesco com a Vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim     Não

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

28 - Vítima:  Sim     Não    29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos vivos:  Sim     Não    30 - Vítima deixou herdeiros (vivos):  Sim     Não    31 - Vítima teve irmãos?  Sim     Não    32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos vivos:  Sim     Não    33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim     Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - Local e Data: Boa Vista - RR 28 de agosto de 2019

39 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

40 - Assinatura do Procurador (se houver)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Testemunha

43 - Assinatura do Testemunha

44 - Assinatura do Testemunha

45 - Assinatura do Testemunha

46 - Assinatura do Testemunha

47 - Assinatura do Testemunha

48 - Assinatura do Testemunha

49 - Assinatura do Testemunha

50 - Assinatura do Testemunha

51 - Assinatura do Testemunha

52 - Assinatura do Testemunha

53 - Assinatura do Testemunha

54 - Assinatura do Testemunha

55 - Assinatura do Testemunha

56 - Assinatura do Testemunha

57 - Assinatura do Testemunha

58 - Assinatura do Testemunha

59 - Assinatura do Testemunha

60 - Assinatura do Testemunha

61 - Assinatura do Testemunha

62 - Assinatura do Testemunha

63 - Assinatura do Testemunha

64 - Assinatura do Testemunha

65 - Assinatura do Testemunha

66 - Assinatura do Testemunha

67 - Assinatura do Testemunha

68 - Assinatura do Testemunha

69 - Assinatura do Testemunha

70 - Assinatura do Testemunha

71 - Assinatura do Testemunha

72 - Assinatura do Testemunha

73 - Assinatura do Testemunha

74 - Assinatura do Testemunha

75 - Assinatura do Testemunha

76 - Assinatura do Testemunha

77 - Assinatura do Testemunha

78 - Assinatura do Testemunha

79 - Assinatura do Testemunha

80 - Assinatura do Testemunha

81 - Assinatura do Testemunha

82 - Assinatura do Testemunha

83 - Assinatura do Testemunha

84 - Assinatura do Testemunha

85 - Assinatura do Testemunha

86 - Assinatura do Testemunha

87 - Assinatura do Testemunha

88 - Assinatura do Testemunha

89 - Assinatura do Testemunha

90 - Assinatura do Testemunha

91 - Assinatura do Testemunha

92 - Assinatura do Testemunha

93 - Assinatura do Testemunha

94 - Assinatura do Testemunha

95 - Assinatura do Testemunha

96 - Assinatura do Testemunha

97 - Assinatura do Testemunha

98 - Assinatura do Testemunha

99 - Assinatura do Testemunha

100 - Assinatura do Testemunha

101 - Assinatura do Testemunha

102 - Assinatura do Testemunha

103 - Assinatura do Testemunha

104 - Assinatura do Testemunha

105 - Assinatura do Testemunha

106 - Assinatura do Testemunha

107 - Assinatura do Testemunha

108 - Assinatura do Testemunha

109 - Assinatura do Testemunha

110 - Assinatura do Testemunha

111 - Assinatura do Testemunha

112 - Assinatura do Testemunha

113 - Assinatura do Testemunha

114 - Assinatura do Testemunha

115 - Assinatura do Testemunha

116 - Assinatura do Testemunha

117 - Assinatura do Testemunha

118 - Assinatura do Testemunha

119 - Assinatura do Testemunha

120 - Assinatura do Testemunha

121 - Assinatura do Testemunha

122 - Assinatura do Testemunha

123 - Assinatura do Testemunha

124 - Assinatura do Testemunha

125 - Assinatura do Testemunha

126 - Assinatura do Testemunha

127 - Assinatura do Testemunha

128 - Assinatura do Testemunha

129 - Assinatura do Testemunha

130 - Assinatura do Testemunha

131 - Assinatura do Testemunha

132 - Assinatura do Testemunha

133 - Assinatura do Testemunha

134 - Assinatura do Testemunha

135 - Assinatura do Testemunha

136 - Assinatura do Testemunha

137 - Assinatura do Testemunha

138 - Assinatura do Testemunha

139 - Assinatura do Testemunha

140 - Assinatura do Testemunha

141 - Assinatura do Testemunha

142 - Assinatura do Testemunha

143 - Assinatura do Testemunha

144 - Assinatura do Testemunha

145 - Assinatura do Testemunha

146 - Assinatura do Testemunha

147 - Assinatura do Testemunha

148 - Assinatura do Testemunha

149 - Assinatura do Testemunha

150 - Assinatura do Testemunha

151 - Assinatura do Testemunha

152 - Assinatura do Testemunha

153 - Assinatura do Testemunha

154 - Assinatura do Testemunha

155 - Assinatura do Testemunha

156 - Assinatura do Testemunha

157 - Assinatura do Testemunha

158 - Assinatura do Testemunha

159 - Assinatura do Testemunha

160 - Assinatura do Testemunha

161 - Assinatura do Testemunha

162 - Assinatura do Testemunha

163 - Assinatura do Testemunha

164 - Assinatura do Testemunha

165 - Assinatura do Testemunha

166 - Assinatura do Testemunha

167 - Assinatura do Testemunha

168 - Assinatura do Testemunha

169 - Assinatura do Testemunha

170 - Assinatura do Testemunha

171 - Assinatura do Testemunha

172 - Assinatura do Testemunha

173 - Assinatura do Testemunha

174 - Assinatura do Testemunha

175 - Assinatura do Testemunha

176 - Assinatura do Testemunha

177 - Assinatura do Testemunha

178 - Assinatura

## 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: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000031290-0

---

---

Nr. da Autenticação BB0F3CDD22A0D576



09/12/2019

Via de Pagamento para o mês/ano: 11/2019 referente a UC: 1134256



RORAIMA ENERGIA  
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

## VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4110674

BRUNO MARTINS PACHECO DE OLIVEIRA

R. PEDRO PRACA, 1882 , CASA 1

ASA BRANCA

69312308 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1134256	11/2019	25-OCT-19 a 25-NOV-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
332	11-DEC-19	R\$ 356,33

### OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão da segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

Autenticação mecânica

recorte aqui



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1134256	11/2019	R\$ 356,33

836000000031-56330075004.000000011314-5611190858



13/01/2020

Via de Pagamento para o mês/anو: 12/2019 referente a UC: 1020749



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4295757

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748, 02  
LIBERDADE 69309000 BOA VISTA RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1020749	12/2019	25-NOV-19 a 24-DEC-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
522	13-JAN-20	R\$ 460,58

### OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO  
1020749

MÊS  
12/2019

TOTAL A PAGAR  
R\$ 460,58

836800000041.605800750008.000000001024.074912190050





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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 64

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 61 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 023 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=L&CODIGO=19636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 RESEGUARD. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu,

*Denize Corrêa Pantas*

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 192.657.132-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

*Maycon Reysid de Jesus Oliveira* Inscrito (a) no CPF sob o N° \_\_\_\_\_  
do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vltima *Maycon Reysid de Jesus Oliveira*

Inscrito (a) no CPF sob o N° 021.293.832-14 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 Lider-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:	<i>Av. General Alaudí Tavares</i>	Número:	<i>2748</i>	Complemento:	<i>02</i>
Bairro:	<i>Liberdade</i>	Estado:	<i>RE</i>	CEP:	<i>69.300-000</i>
E-mail:	<i>lidersboosterrendencia@hotmail.com</i>				Tel (DDD): <i>(45) 99117-5392</i>

Local e Data: *Prá vista - 01/16 de janeiro 2020*

*Denize Corrêa Pantas*

Assinatura do Declarante

 <p><b>FICHA DE ATENDIMENTO</b> <b>BARRO III</b></p> <p>UNIDADE: EQUIPE: <i>Paulo Dantas - Ici Williams</i></p>	Nº 1162		 <p>SAMU 192</p>																																																																																				
Paciente: <i>Marcos de Souza de Oliveira</i> Idade: <i>23</i> Sexo: <i>M</i> Nacionalidade: <i>Brasileiro</i> Raga: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia _____ Endereço: <i>Av. das Unidades</i> Bairro: <i>Buriti</i>																																																																																							
Nº 10125	DATA 17/06/19	HORA J/9: 14:47-	BASE VIATÍVEL RÁDIO																																																																																				
Médico (a) Regulador (a): <i>Dra. Ana denauer</i>		HORA J/10: 15:00	CELULAR																																																																																				
MOTIVO: <i>Calor e dor no estomago</i>	9:15:24	10:15:24																																																																																					
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) 1 a 3 horas (✓) 4 a 24 horas (✓) Mais de 24 horas (✓) Não sabe (✓)																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito</td> <td><input type="checkbox"/> Urgência pélvica</td> <td><input type="checkbox"/> Queimadura</td> <td><input type="checkbox"/> Urgência obstétrica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agressão física / esfacelamento</td> <td><input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio</td> <td><input type="checkbox"/> Choque elétrico</td> <td><input type="checkbox"/> Transferência</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agressão física - FAF</td> <td><input type="checkbox"/> Envenenamento</td> <td><input type="checkbox"/> Queda</td> <td><input type="checkbox"/> Exame complementar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agressão física - FAB</td> <td><input type="checkbox"/> Afogamento</td> <td><input type="checkbox"/> Urgência clínica</td> <td><input type="checkbox"/> Outro: <i>Acidente off</i></td> </tr> </table>				<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito	<input type="checkbox"/> Urgência pélvica	<input type="checkbox"/> Queimadura	<input type="checkbox"/> Urgência obstétrica	<input type="checkbox"/> Agressão física / esfacelamento	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Agressão física - FAF	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exame complementar	<input type="checkbox"/> Agressão física - FAB	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Urgência clínica	<input type="checkbox"/> Outro: <i>Acidente off</i>																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito	<input type="checkbox"/> Urgência pélvica	<input type="checkbox"/> Queimadura	<input type="checkbox"/> Urgência obstétrica																																																																																				
<input type="checkbox"/> Agressão física / esfacelamento	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Transferência																																																																																				
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAF	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exame complementar																																																																																				
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAB	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Urgência clínica	<input type="checkbox"/> Outro: <i>Acidente off</i>																																																																																				
ACIDENTE DE TRÂNSITO																																																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>VÍTIMA</th> <th>MÉTODO DE TRANSPORTE</th> <th>OUTRAS PARTES ENVOLVIDAS</th> <th>ITENS DE SEGURANÇA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pedestre</td> <td><input type="checkbox"/> A pé</td> <td><input type="checkbox"/> Ônibus</td> <td><input type="checkbox"/> Automóvel</td> <td><input type="checkbox"/> Bicicleta</td> <td><input type="checkbox"/> Capacete</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Condutor</td> <td><input type="checkbox"/> Automóvel</td> <td><input type="checkbox"/> Micro-ônibus</td> <td><input type="checkbox"/> Motoцикль</td> <td><input type="checkbox"/> Animal</td> <td><input type="checkbox"/> Cinto de segurança</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Passageiro</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta</td> <td><input type="checkbox"/> Outro</td> <td><input type="checkbox"/> Ônibus</td> <td><input type="checkbox"/> Outro</td> <td><input type="checkbox"/> Airbag</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ignotado</td> <td><input type="checkbox"/> Bicicleta</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Micro-ônibus</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Assento para criança</td> </tr> </tbody> </table>		VÍTIMA	MÉTODO DE TRANSPORTE	OUTRAS PARTES ENVOLVIDAS	ITENS DE SEGURANÇA	<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Capacete	<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Motoцикль	<input type="checkbox"/> Animal	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Airbag	<input type="checkbox"/> Ignotado	<input type="checkbox"/> Bicicleta		<input type="checkbox"/> Micro-ônibus		<input type="checkbox"/> Assento para criança																																																										
VÍTIMA	MÉTODO DE TRANSPORTE	OUTRAS PARTES ENVOLVIDAS	ITENS DE SEGURANÇA																																																																																				
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Capacete																																																																																		
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Motoцикль	<input type="checkbox"/> Animal	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança																																																																																		
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Airbag																																																																																		
<input type="checkbox"/> Ignotado	<input type="checkbox"/> Bicicleta		<input type="checkbox"/> Micro-ônibus		<input type="checkbox"/> Assento para criança																																																																																		
SINAIS DE NEUROLOGIA																																																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>VASOS SANGUÍNEOS</th> <th>VELOCIDADES</th> <th>CIRCULAÇÃO</th> <th>VALORES NEUROLOGICOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Livre</td> <td><input type="checkbox"/> Apnéia</td> <td><input type="checkbox"/> Bradicardia</td> <td><input type="checkbox"/> Miosis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obstrução Parcial</td> <td><input type="checkbox"/> Disfrenia</td> <td><input type="checkbox"/> Taquicardia</td> <td><input type="checkbox"/> Midriase</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obstrução Total</td> <td><input type="checkbox"/> Bradipneia</td> <td><input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"</td> <td><input type="checkbox"/> Anisocoria</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Corpo estranho</td> <td><input type="checkbox"/> Taquipneia</td> <td><input type="checkbox"/> Pulso radial ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Aparência Alcoolicada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Outro: _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Pulso central ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Agitação psicomotora</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Cianose central</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Extremidade</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		VASOS SANGUÍNEOS	VELOCIDADES	CIRCULAÇÃO	VALORES NEUROLOGICOS	<input type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Miosis	<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Disfrenia	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Anisocoria	<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Aparência Alcoolicada	<input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora			<input type="checkbox"/> Cianose central				<input type="checkbox"/> Extremidade																																																							
VASOS SANGUÍNEOS	VELOCIDADES	CIRCULAÇÃO	VALORES NEUROLOGICOS																																																																																				
<input type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Miosis																																																																																				
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Disfrenia	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Midriase																																																																																				
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Anisocoria																																																																																				
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Aparência Alcoolicada																																																																																				
<input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora																																																																																				
		<input type="checkbox"/> Cianose central																																																																																					
		<input type="checkbox"/> Extremidade																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Horas</th> <th>P.A mmHg</th> <th>P.C Bpm</th> <th>F.R Bpm</th> <th>Sat O<sub>2</sub> %</th> <th>T. Axilar °C</th> <th>Glicemia</th> <th>Esc. visual "DDR"</th> <th>Glasgow</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Início <i>15:08</i></td> <td><i>110/80</i></td> <td><i>114</i></td> <td><i>27</i></td> <td><i>100%</i></td> <td><i>36.8</i></td> <td>—</td> <td><i>08</i></td> <td><i>15</i></td> </tr> <tr> <td>Fin <i>16:19</i></td> <td><i>120/70</i></td> <td><i>115</i></td> <td><i>23</i></td> <td><i>99%</i></td> <td><i>36.7</i></td> <td>—</td> <td><i>06</i></td> <td><i>15</i></td> </tr> </tbody> </table>				Horas	P.A mmHg	P.C Bpm	F.R Bpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DDR"	Glasgow	Início <i>15:08</i>	<i>110/80</i>	<i>114</i>	<i>27</i>	<i>100%</i>	<i>36.8</i>	—	<i>08</i>	<i>15</i>	Fin <i>16:19</i>	<i>120/70</i>	<i>115</i>	<i>23</i>	<i>99%</i>	<i>36.7</i>	—	<i>06</i>	<i>15</i>																																																									
Horas	P.A mmHg	P.C Bpm	F.R Bpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DDR"	Glasgow																																																																															
Início <i>15:08</i>	<i>110/80</i>	<i>114</i>	<i>27</i>	<i>100%</i>	<i>36.8</i>	—	<i>08</i>	<i>15</i>																																																																															
Fin <i>16:19</i>	<i>120/70</i>	<i>115</i>	<i>23</i>	<i>99%</i>	<i>36.7</i>	—	<i>06</i>	<i>15</i>																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">LESÃO IDENTIFICADA</th> <th colspan="2">APARELHO AFETADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Dor</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Espontânea</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 - Hematoma</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Ao comando</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 3 - Conlussão</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> À dor</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 4 - Escoriação</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Sem resposta</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 - Lacerção</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6 - Luxação</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7 - Fratura fechada</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8 - Fratura exposta</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9 - Ampulogênio</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10 - Evacaração</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 11 - Afundamento de crânio</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12 - Ferimento penetrante</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13 - Tórax instável</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 14 - Enfisema subcutâneo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 15 - Ferida aspirativa</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 16 - Empalamento</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 17 - Outros</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		LESÃO IDENTIFICADA		APARELHO AFETADO		<input checked="" type="checkbox"/> Dor		<input type="checkbox"/> Espontânea		<input type="checkbox"/> 2 - Hematoma		<input type="checkbox"/> Ao comando		<input checked="" type="checkbox"/> 3 - Conlussão		<input type="checkbox"/> À dor		<input checked="" type="checkbox"/> 4 - Escoriação		<input type="checkbox"/> Sem resposta		<input type="checkbox"/> 5 - Lacerção				<input type="checkbox"/> 6 - Luxação				<input type="checkbox"/> 7 - Fratura fechada				<input type="checkbox"/> 8 - Fratura exposta				<input type="checkbox"/> 9 - Ampulogênio				<input type="checkbox"/> 10 - Evacaração				<input type="checkbox"/> 11 - Afundamento de crânio				<input type="checkbox"/> 12 - Ferimento penetrante				<input type="checkbox"/> 13 - Tórax instável				<input type="checkbox"/> 14 - Enfisema subcutâneo				<input type="checkbox"/> 15 - Ferida aspirativa				<input type="checkbox"/> 16 - Empalamento				<input type="checkbox"/> 17 - Outros				<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESPOSTA A VERBAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 - Orientado</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 - Confuso</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 - Palavras Inapropriadas</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 - Palavras incompreensíveis</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 - Sem resposta</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		RESPOSTA A VERBAL		<input type="checkbox"/> 1 - Orientado		<input type="checkbox"/> 2 - Confuso		<input type="checkbox"/> 3 - Palavras Inapropriadas		<input type="checkbox"/> 4 - Palavras incompreensíveis		<input type="checkbox"/> 5 - Sem resposta	
LESÃO IDENTIFICADA		APARELHO AFETADO																																																																																					
<input checked="" type="checkbox"/> Dor		<input type="checkbox"/> Espontânea																																																																																					
<input type="checkbox"/> 2 - Hematoma		<input type="checkbox"/> Ao comando																																																																																					
<input checked="" type="checkbox"/> 3 - Conlussão		<input type="checkbox"/> À dor																																																																																					
<input checked="" type="checkbox"/> 4 - Escoriação		<input type="checkbox"/> Sem resposta																																																																																					
<input type="checkbox"/> 5 - Lacerção																																																																																							
<input type="checkbox"/> 6 - Luxação																																																																																							
<input type="checkbox"/> 7 - Fratura fechada																																																																																							
<input type="checkbox"/> 8 - Fratura exposta																																																																																							
<input type="checkbox"/> 9 - Ampulogênio																																																																																							
<input type="checkbox"/> 10 - Evacaração																																																																																							
<input type="checkbox"/> 11 - Afundamento de crânio																																																																																							
<input type="checkbox"/> 12 - Ferimento penetrante																																																																																							
<input type="checkbox"/> 13 - Tórax instável																																																																																							
<input type="checkbox"/> 14 - Enfisema subcutâneo																																																																																							
<input type="checkbox"/> 15 - Ferida aspirativa																																																																																							
<input type="checkbox"/> 16 - Empalamento																																																																																							
<input type="checkbox"/> 17 - Outros																																																																																							
RESPOSTA A VERBAL																																																																																							
<input type="checkbox"/> 1 - Orientado																																																																																							
<input type="checkbox"/> 2 - Confuso																																																																																							
<input type="checkbox"/> 3 - Palavras Inapropriadas																																																																																							
<input type="checkbox"/> 4 - Palavras incompreensíveis																																																																																							
<input type="checkbox"/> 5 - Sem resposta																																																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESPOSTA A MECÂNICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6 - Obedece a comandos</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7 - Localiza a dor</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8 - Movimento de retrada</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9 - Flexão anormal</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10 - Extensão anormal</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 11 - Bem resposta</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		RESPOSTA A MECÂNICA		<input type="checkbox"/> 6 - Obedece a comandos		<input type="checkbox"/> 7 - Localiza a dor		<input type="checkbox"/> 8 - Movimento de retrada		<input type="checkbox"/> 9 - Flexão anormal		<input type="checkbox"/> 10 - Extensão anormal		<input type="checkbox"/> 11 - Bem resposta																																																																									
RESPOSTA A MECÂNICA																																																																																							
<input type="checkbox"/> 6 - Obedece a comandos																																																																																							
<input type="checkbox"/> 7 - Localiza a dor																																																																																							
<input type="checkbox"/> 8 - Movimento de retrada																																																																																							
<input type="checkbox"/> 9 - Flexão anormal																																																																																							
<input type="checkbox"/> 10 - Extensão anormal																																																																																							
<input type="checkbox"/> 11 - Bem resposta																																																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">LESÃO IDENTIFICADA</th> <th colspan="2">APARELHO AFETADO</th> <th colspan="2">RESPOSTA A VERBAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal</td> <td><input type="checkbox"/> FV</td> <td><input type="checkbox"/> Neurológica</td> <td><input type="checkbox"/> Metabólica</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Alergias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal</td> <td><input type="checkbox"/> TV</td> <td><input type="checkbox"/> Respiratória</td> <td><input type="checkbox"/> Infecções</td> <td><input type="checkbox"/> Cardiopatia</td> <td><input type="checkbox"/> Outros</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Flutter Atrial</td> <td><input type="checkbox"/> AESP</td> <td><input type="checkbox"/> Cardiovascular</td> <td><input type="checkbox"/> HAS</td> <td><input type="checkbox"/> Medicina de uso</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fibrilação atrial</td> <td><input type="checkbox"/> Assistolia</td> <td><input type="checkbox"/> Digestiva</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				LESÃO IDENTIFICADA		APARELHO AFETADO		RESPOSTA A VERBAL		<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infecções	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Medicina de uso		<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Digestiva																																																									
LESÃO IDENTIFICADA		APARELHO AFETADO		RESPOSTA A VERBAL																																																																																			
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias																																																																																		
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infecções	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros																																																																																		
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Medicina de uso																																																																																			
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Digestiva																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">AVALIAÇÃO</th> <th colspan="2">COMPROVAÇÃO</th> <th colspan="2">RESPOSTA A VERBAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ileso</td> <td><input type="checkbox"/> Pequena</td> <td><input type="checkbox"/> Média</td> <td><input type="checkbox"/> Severe</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		AVALIAÇÃO		COMPROVAÇÃO		RESPOSTA A VERBAL		<input type="checkbox"/> Ileso	<input type="checkbox"/> Pequena	<input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Severe			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">SAMU 192 CONFIRMAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ORIGEM:</td> <td>Em <i>26/07/19</i></td> </tr> <tr> <td>Rua:</td> <td><i>Ana eis</i></td> </tr> </tbody> </table>		SAMU 192 CONFIRMAÇÃO		ORIGEM:	Em <i>26/07/19</i>	Rua:	<i>Ana eis</i>																																																																		
AVALIAÇÃO		COMPROVAÇÃO		RESPOSTA A VERBAL																																																																																			
<input type="checkbox"/> Ileso	<input type="checkbox"/> Pequena	<input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Severe																																																																																				
SAMU 192 CONFIRMAÇÃO																																																																																							
ORIGEM:	Em <i>26/07/19</i>																																																																																						
Rua:	<i>Ana eis</i>																																																																																						
Assinatura e Carimbo médico (Unidade de Deslize)																																																																																							
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Hospitalização			<input type="checkbox"/> Policia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> Bombeiro <input checked="" type="checkbox"/> Outros: _____																																																																																				

PER DO P RECISS	Função do Receptor:	<input type="text"/>	
	Assinatura do Receptor:	<input type="text"/>	
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nessa oportunidade;	<input type="checkbox"/>	
	Assinatura do Paciente:	<input type="text"/>	RG: <input type="text"/>
	TESTEMUNHA 01:	<input type="text"/>	RG: <input type="text"/>
	TESTEMUNHA 02:	<input type="text"/>	RG: <input type="text"/>

#### OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Morumbi, 23 años, colores verde & laranja. Ponteado em verde laranja, ao lado, no lado da quinta. Previamente havia passado, liberou esse tipo de e. na laranja. No lado, ECG 15' sainha para cima, refluxo trófico e reag. e excretora. Depois trófico e reag. e excretora. E poi trófico e reag., excretando os CT, sem intercorrências.

SANTO DOMINGO  
DOMINICAN REPUBLIC  
2019-03-26

Williams R. Shad  
100 E. 42nd Street - APT 200  
New York, N.Y. 10017-2020

3/7/2019

.../.. Guia de Atendimento 17...

Baixada 18/06/19 11:15

GOVERNO DO ESTADO DE MÔRAGA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral do Agreste - HGR / PERN  
Av. Brigadeiro Euzebio Gomes, 3300

Classificação  
Pacientes:  
1) Vermelho  
2) Laranja  
3) Amarelo  
4) Verde  
5) Azul / Azul

Reclassificação  
1) Vermelho  
2) Laranja  
3) Amarelo  
4) Verde  
5) Azul / Azul

Reclassificação  
1) Vermelho  
2) Laranja  
3) Amarelo  
4) Verde  
5) Azul / Azul

1001124155	17/06/2019 15:17:43	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07 19 24
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
MAYCON DEYVID DF JESUS OLIVEIRA		27/12/1996	22 A 5 M 21 D	164022207880004	02127383214	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Nacionalidade
IDENTIDADE	123	SSP	06/04/2008	M	SOLTEIRO(A)PARADA	BRASILEIRA
Mãe				Pai	Antônio PEREIRA DE OLIVEIRA	Contato
RJ JANE DE JESUS					(96) 99116-5634	Originação
Endereço						ENTRECADOR
RUA - MONTEIRO LOBATO - 44 - CENTRO - SÃO JOÃO DA BALIZA - RR						

Class. de R SOC	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validado	Autenticação	Sis Pronatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Sobr:	Tipo do Choque		Procedimento Sol.			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL					
Queixa Principal	( ) Síndrome Febril ( ) Sintomatologia Respiratória ( ) Suspeita de Dengue					

Dor em Perna e Tornozelo

Anamnese de Enfermagem	CSC	TOTAL
	NO: 1234 RV: 12345 MIR: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: \_\_\_\_ h)  
Paciente vítima de acidente motorizado. Trajou pelo solo em pista de longa com colar cervical.

Exame Físico  
A: Vias Aéreas Pernas B: HIV PRESENTE C: Abdômen Plácido D: G66 XV E: Espaço Extracelular incluído com escoriações

Hipótese Diagnóstica	Trauma contuso de tornozelo					
SABT - Exames Complementares	( ) RAIOS-X	( ) ULTRASOM	( ) TC	( ) SANGUE	( ) URINA	( ) ECG
	PRESCRIÇÃO			OUTROS		
TILATIL 40mg EV				APRAZAMENTO		
DIPIRONA 5g EV				OBSERVAÇÃO		
Geórgio A. Costa						
Patrick Ribeiro 1036 Ortopedista Traumatologista CRM/RN 13332						

Conduta	( ) Alta por Decisão Médica	( ) Ambulatório
	( ) Alta a Peito	( ) Observações (Até 24h)
	( ) Alta a Reverte	( ) Internação
( ) Transferência para:	ORTOPEDIA	Data e Hora da Saída/Vila: / / / /

Óbito  
Anos do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não Destino: ( ) Família ( ) IMT Análise Biológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura e Assinatura do Médico

Impresso por: antonialoares  
Data hora: 17/06/2019 15:18:33



**BLOCO B****ALTA: 04/07/2019**  
**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Sistema Agente de  
SUS União de Saúde  
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNPS

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

## 5 - NOME DO PACIENTE

MAYCON DRYVIDOR JUNIOR GUERRA  
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (ANS)

6 - N° DO FONHÁRIO

113108

7 - N° DE IDENTIFICAÇÃO (NIS/NISI)

46101212101910019

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/12/96

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Renata de Souza

11 - TELEFONE DE CONTATO

11-90000-0000

12 - ENDERECO (RUA, N° SANTO)

Rua Montanha Redonda - 144 - Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Taubaté - São Paulo

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SÍNOMES CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente refere dor pós operatório em membros com moto  
dilexta x amea (510) com edema e hematoma  
constituto no T12 (E).

HOSPITAL CENTRAL DE TAUBATÉ  
Av. Brás Edmundo, 2000 -  
Taubaté - São Paulo - Tel: (11) 2138-0622  
AUTENTICAÇÃO

Ass. 259

Frente à Dr. (a) que a presente  
é o original da documentação original  
que é a autenticação deste laudo.

18 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fractura entre L1 e L2

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

História clínica, exame físico e RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura de Forrozeiro (E)

21 - CÓDIGO PRINCIPAL 22 - CÓDIGO SECUNDÁRIO 2305 2405 2500 2645

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

- PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CÓDIGO DE REGISTRO DO CÔNSULÉ

33 - CNPJ DA EMPRESA

34 - N° DE DOCUMENTO

35 - N° DE DOCUMENTO

36 - N° DE DOCUMENTO

37 - N° DE DOCUMENTO

38 - N° DE DOCUMENTO

39 - N° DE DOCUMENTO

40 - N° DE DOCUMENTO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CÓDIGO DE REGISTRO DO CÔNSULÉ

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

55 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

56 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

57 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

58 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

59 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

60 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

61 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

62 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

63 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

64 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

65 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

66 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

67 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

68 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

69 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

70 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

71 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

72 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

73 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

74 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

75 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

76 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

77 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

78 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

79 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

80 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

81 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

82 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

83 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

84 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

85 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

86 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

87 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

88 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

89 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

90 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

91 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

92 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

93 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

94 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

95 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

96 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

97 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

98 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

99 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

100 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

101 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

102 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

103 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

104 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

105 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

106 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

107 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

108 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

109 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

110 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

111 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

112 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

113 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

114 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

115 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

116 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

117 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

118 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

119 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

120 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

121 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

122 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

123 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

124 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

125 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

126 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

127 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

128 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

129 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

130 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

131 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

132 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

133 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

134 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

135 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

136 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

137 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

138 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

139 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

140 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

141 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

142 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

143 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

144 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

145 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

146 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

147 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

148 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

149 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

150 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

151 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

152 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

153 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

154 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

155 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

156 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

157 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

158 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

159 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

160 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

161 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

162 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

163 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

164 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

165 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

166 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

167 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

168 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

169 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

170 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

171 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

172 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

173 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

174 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

175 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

176 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

177 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

178 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

179 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

180 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

181 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

182 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

183 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

184 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

185 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

186 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

187 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

188 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

189 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

190 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

191 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

192 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

193 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

194 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

195 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

196 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

197 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

198 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

199 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

200 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

201 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

202 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

203 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

204 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

205 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

206 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

207 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

208 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

209 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

210 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

211 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

212 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

213 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**SUS** Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

- NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: **R.G.R**

- NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE CREDENCIADO:

- NOME DO PACIENTE: **Marylen Parque De Jesus Oliveira**

- DATA DE NASCIMENTO: **07/12/96**

- NOME DA MÃE: **Edna Oliveira**

- TELEFONE DE CONTACTO: **(84) 3212-1000**

- ENDERECO/PAÍS: **Av. Rio Branco, Centro, Rio Grande do Norte, Brasil**

**ASPECTOS CLÍNICOS**

- PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS: **Painel da folha de Angelas**

- PRINCIPAIS ESPECIALIDADES DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **História + Exame fns + Radiograf**

**DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO**

- PRINCIPAIS ESPECIALIDADES DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **Folhas de Angelas (c)**

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

- PRINCIPAIS ESPECIALIDADES DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **Recomendação de Folhas de Angelas (c)**

**DOCUMENTO**

- NOME: **RODRIGO**

- NOME DO DOCUMENTO (ENSP/PP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **0310H191**

**VALIDADE DA AUTORIZAÇÃO**

- PRAZO DE VIGÊNCIA DA AUTORIZAÇÃO: **03/10/2018**

**CÓDIGO DO PROcedimento**

- CÓDIGO DA UNIDADE DE ATENDIMENTO / ASSISTÊNCIA: **03 - CLÍNICA**

**PROfESSIOnAL SOLICITANTE/ASSISTENTE**

- NOME: **Dr. RODRIGO**

**TIPO DE CAUSA EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

- TIPO DE SEGURO: **03 - ACIDENTE DE TRABALHO**

- NOME DA EMPRESA: **04 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO**

- NOME DO EMPREGADO: **05 - ACIDENTE DE TRABALHO PROFISSIONAL**

- NOME DA EMPRESA: **06 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA**

- NOME DO EMPREGADO: **07 - EMPREGADO**

- NOME DO EMPREGADO: **08 - ATIVÔMICO**

- NOME DO EMPREGADO: **09 - DESINTEGRADO**

- NOME DO EMPREGADO: **10 - APOSENTADO**

- NOME DO EMPREGADO: **11 - NÃO SELOADO**

**AUTORIZAÇÃO**

- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **0408050578**

- NOME DO ORGANIZADOR: **5826**

- NOME DA AUTORIZAÇÃO DE INTEGRAÇÃO HOSPITALAR: **V299**

**DATA DA AUTORIZAÇÃO: 03/10/2018**

**LEI N° 11.419/2006**

**Documento assinado digitalmente, conforme MP n° 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006**



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 03/12/19

O.S.

Maycon Vagner De  
Jesus Oliveira

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Fazendo em P.P.L. sob anestesia.
- ② Técnica e Antirespira
- ③ Colocando os canos estofados.
- ④ Menor inter lateral + claudem nos glenos  
 2º Sondagem da face da fratura
- ⑤ Reduziu fratura + fixou com placa de  
 ferro de larg. 07 furos, com parafusos  
 + parafuso transversal com amarração  
 de interfractas de impar
- ⑥ Subiu por manus zips L.D.C.
- ⑦ Curativos
- ⑧ M.A.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
Secretaria da Saúde - Sesa

### FICHA DE ANESTESIA

Maycon Dantas de Freitas Oliveira, 22 a

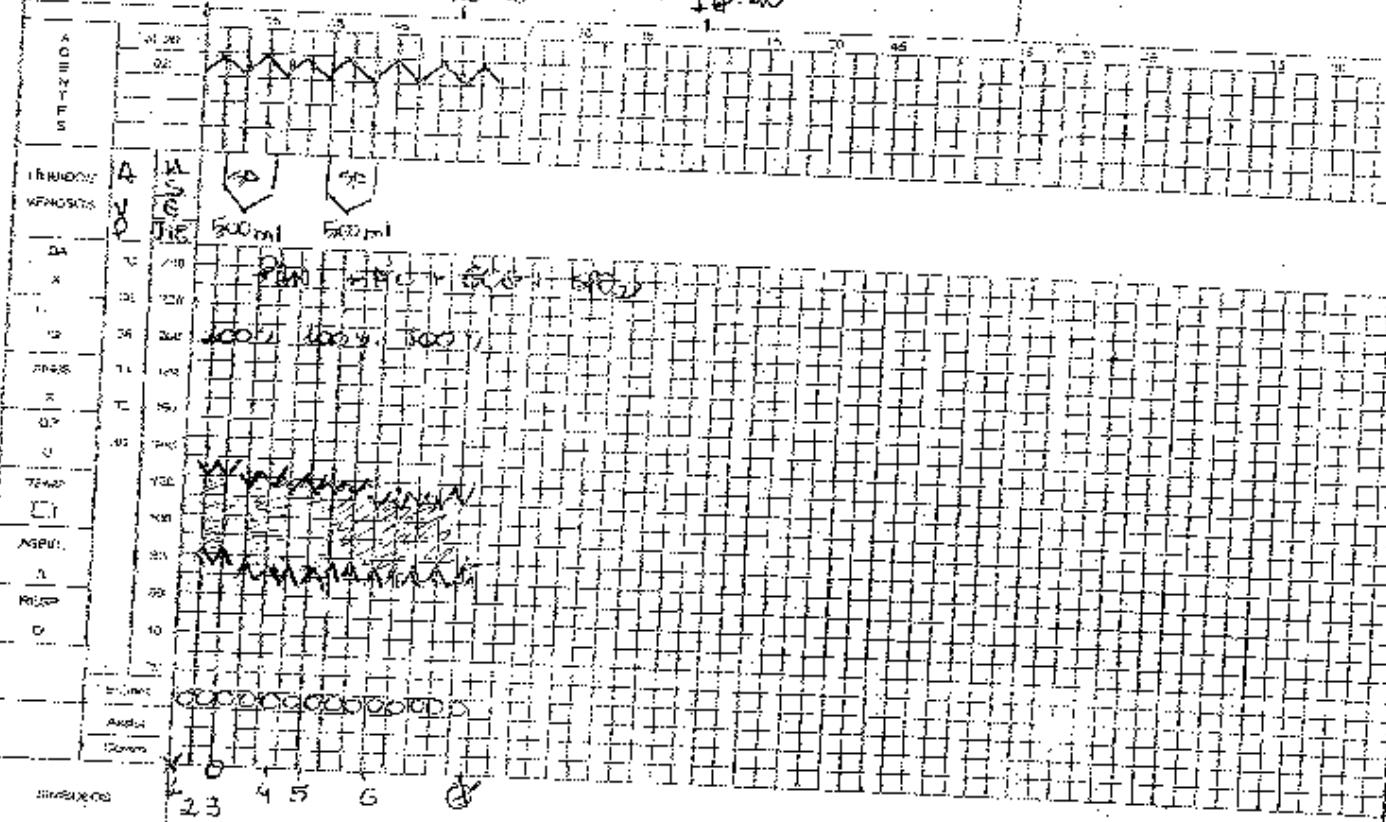
Bonito, RR

03.07.2019

15:40

16:40

17:40



#### ANESTÉSICOS

- \* Fentanyl
- midazolam
- Sufivacaina(+) 0

Lactulose enema diluída  
Hipofisário com tampons de  
lubrificação com vedação  
de estanho

check list + monitorização (PM + FC,  
ECG + SpO<sub>2</sub>)

1. Anestesia da região lombor sacral à 30% + coloconar os  
caus por estanho fechado.

2. Em caixas lombor l4/l5 com  
água 26°C (Quente) caixa  
saída de líquido claro, nem tóxica  
+ injeção de sufixacaina(+) 15 mg  
SP. bloquio lombosacral

Localização: Pélvica - Glúteos - Sacro  
Ombros - Pescoco - Cervical  
Hombro - Braço - Manguito - Manguito  
Braço - Manguito - Manguito

1 hora

Otimização da Fracção de oxigênio expelido.

Dra. Evelyn Fernandes

A1 Atualizado

Dra. Evelyn Fernandes  
Médica CRM/RN 1484  
Anestesiologista RQE 161

coração fumado

Dr. Marcell Bruder DR. Rogerio

Dr. Manoel Brumer

Dr. Alinart.

HCPM Substituto

3. atropina 4 g SI

4. Dexantetomidina 10 mg SI

5. Tenoxicam 40 mg SI

6. Dipiridam 2g SI

& encaminho paciente para SIFF



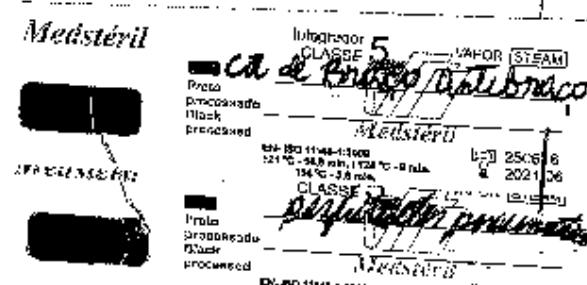
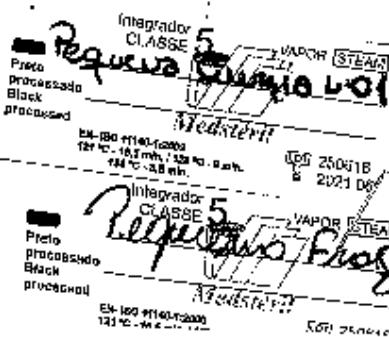
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

22 FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGI

NOME DO PACIENTE	APT OU LFTO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
<i>maycon Dayanil de Jesus</i>	<i>212-31</i>		<i>03/02/17</i>	
TIPO	CIRURGIA	INÍCIO	TEMPO DE DURAÇÃO	
<i>Osteopantese Fratura + TIZ les gencias</i>		<i>16:26</i>	TEMPO TOTAL <i>17:10</i>	
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA	ANESTESISTA:	<i>De Oliveira</i>	
1º AUXILIAR		RFS. ANESTESIA:	<i>Re Anchieta</i>	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		
TIPO DE ANESTESIA:	Locoregional	CIRCULANTE	<i>Re Oliveira</i>	
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	TEMPO DE DURAÇÃO:	
<input checked="" type="checkbox"/>	PCT'S COMPRESSAS C/ 03 UNID.		QUANT. MEDICAMENTOS	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE		FRASCOS- SORO FÍSICOLOGICO	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 7.0		FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	<i>500 ml</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 7.5		FRASCOS- SORO GLUCOSADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 8.0		FIO VICRYL N° 3-0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 8.5		FIO MONONYLON N° 3-0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI. N° 24		FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO N°		FIO CATGUT SIMPLES N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX N°		FIO CATGUT CROMADO N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE N°		FIO PROLENE N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML		FIO SEDAL N°	<i>Alcool 100% 17</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML		SURGICEL	<i>Alcool 100% 17</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML.		CERA PTOSO	<i>Alcool 100% 17</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		KIT CALABATA	<i>Alcool 100% 17</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML		GLOBOFAM	<i>Alcool 100% 17</i>
<i>(Alcool 300ml)</i>			FITA CARDIACA	<i>Alcool 100% 17</i>
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		OUTROS:	VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	MATERIAL MEDICAMENTOS	VALOR	
Medstéril		TAXA DE SALA	VALOR	
Medstéril		TAXA DE ANESTESIA	VALOR	
Medstéril		SOMA	VALOR	

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE





ESTADO DE RORAIMA  
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
**CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS**

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado: Determinar Fratura Triz		
Nome do Paciente: Keyon Deyvid de Jesus Oliveira	Nº do Prontuário: S/ N°	Data: 04/07/15		
Bloco: B	Enfermaria: 213	Leito: 3	Nº da Saia: 05	Circulante da Sala: José Lator
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Pequenos Fragmentos 3,5				

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ( ) Empresa (X) Dados Adicionais:

ITEM

DESCRIÇÃO DO ITEM

UNID. QUANT. MARCA

Placa Ferre 1/2 3 Unos

01

Parafuso Coração N-14

02

" " N-16

01

" " N-18

01

Parafuso Especial P/total N-22

01

Parafuso Especial P/total N-23

01

MÉDICO CIRURGIANO: Dr. Rogério Lox. para B. 1º AUXILIAR: Dr. Renata P.

INSTRUMENTADOR: Yank

VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE  
OPME/CME

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA



27/12/1996

DATA DE ADMISSÃO

DIH 17/06/2019

DN

PACIENTE MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

AGNÓSTICO FX DE TORNOZELO E

ALÉRGIAS

HAS DM2  
LEITO 212-3 DATA 03/07/2019

IDADE 22

PREScrição

HORÁRIO

ITEM

- 1 DIETA ORAL ZERO HJ A TARDE *Até meia noite*  
7 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N *Su*  
8 DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN *Su*  
9 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE B/8H SE DOR INTENSA *Su*  
10 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG *Su*  
11 SSVV + CCGG 6/6 H *Su*  
12 ÓLEO MINERAL 10ML VO DE 8/8H SN *06*  
13 OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA *anterior*  
15 CURATIVO DIÁRIO

**SE DIABÉTICO** CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),  
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;  
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLUCOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE  
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,  
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM  
QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS  
PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.

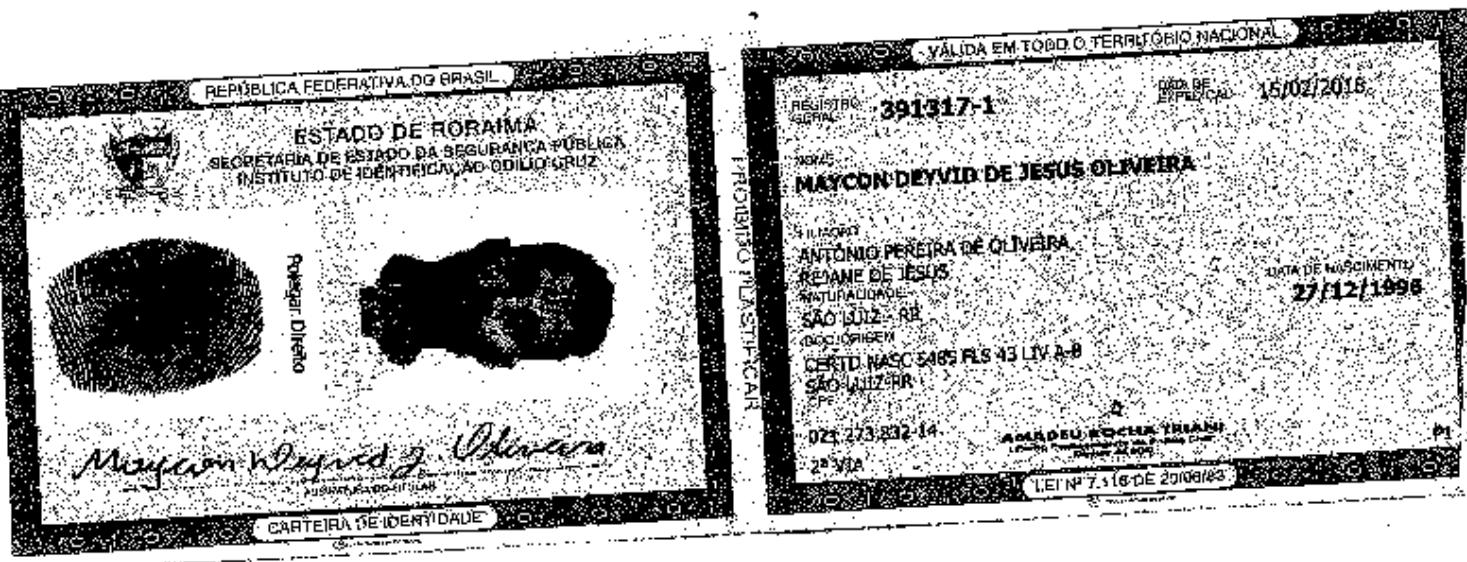
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,  
ANICTÉRICO, AFFBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS  
PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TALA  
BOTA..

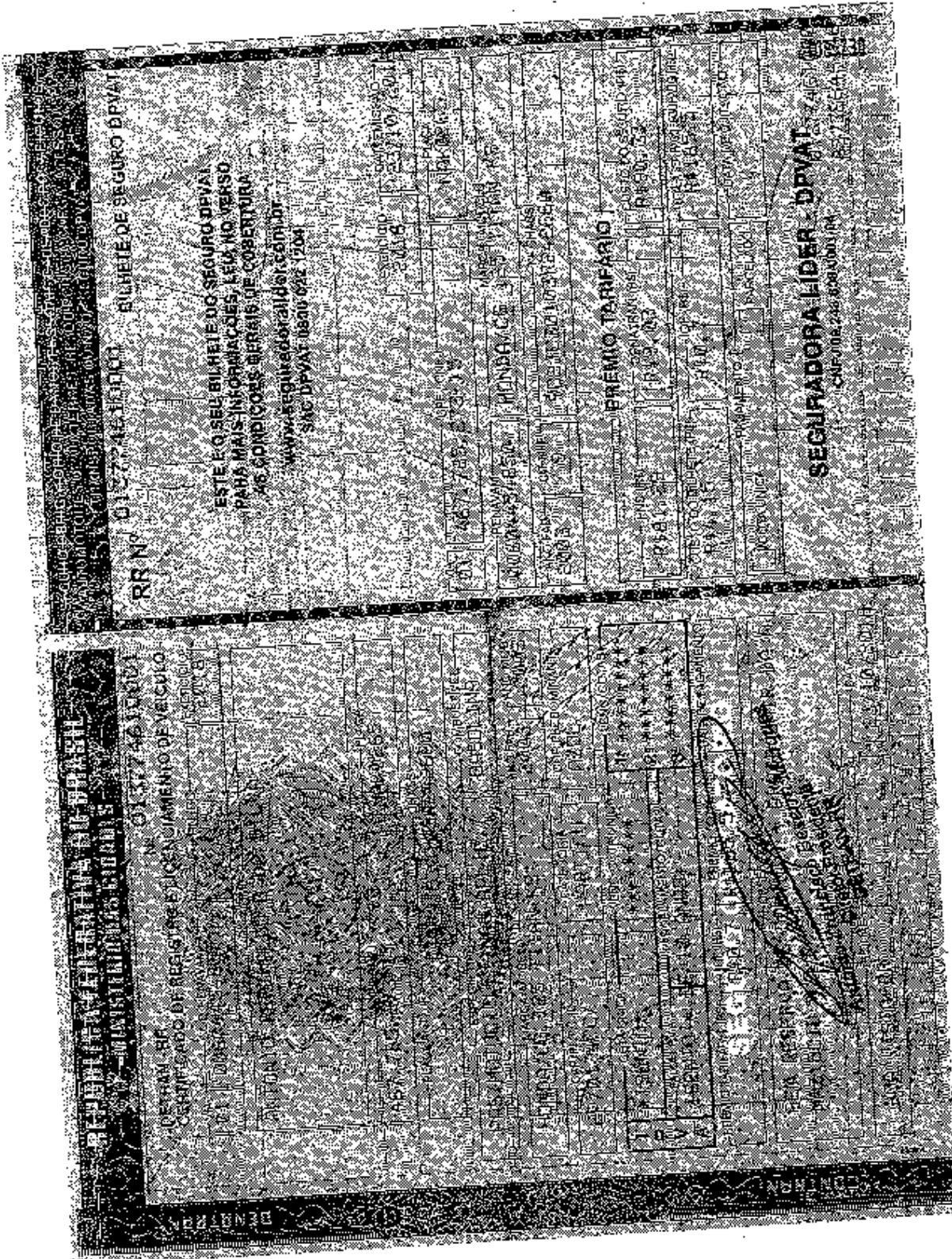
SINAIS VITais	TENSÃO ARTERIAL	PA	FC	FR
# CONDUITA:	MANTIDA	-	-	-
12H	125/74	73	-	36
18H	125/74	73	-	36
24H	125/74	73	-	36

Dr. Augusto Cavalcante  
CRM-RR 1964  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

06:15 Paciente no brindis  
ferreiro ZC - Iman  
PA  
06:00

160/72 120x60  
P- 70  
T- 36  
Vendo os IR 40 oleo c.  
Agua c. c. circulado. do  
informam.





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038967

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Data do acidente: 17/06/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.  
P6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: Maycon Deyvid de Jesus Oliveira ESTADO CIVIL: Solteiro  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA RG: 391317-3 SSP/RR  
PROFISSÃO: Estudante  
CPF: 023.273.832-14  
ENDERECO: R Pedro Praça, 1882 Apto Branca.  
VÍTIMA: Maycon Deyvid de Jesus Oliveira DATA DO ACIDENTE: 17/06/2019  
CPF: 023.273.832-14 DATA DO ACIDENTE: 17/06/2019  
NATUREZA: ( ) DAMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS  
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.  
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00  
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

### PODERES:

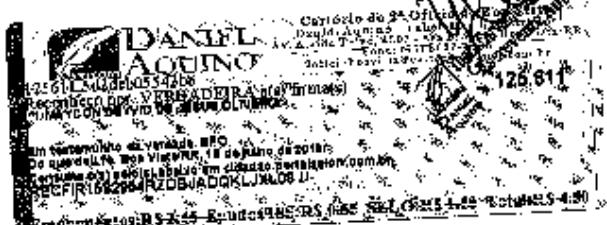
Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos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

BOA Vista PR, 16 de JULHO de 2019



Obs - Reconhecimento por autenticidade.

Maycon Deyvid de Jesus Oliveira  
Assinatura



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032895/20

**Vítima:** MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

**CPF:** 021.273.832-14

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/06/2019

**Titular do CPF:** MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

#### MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA : 021.273.832-14

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 23/01/2020

Nome: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

CPF: 021.273.832-14

Data do cadastramento: 23/01/2020

Nome: MANOEL COELHO NETO

CPF: 413.653.806-53

MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

MANOEL COELHO NETO