

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190705175 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

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

**Data da análise:** 26/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
P 1/3/4

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. FRANCISCO F. FARIAS, CRM RR 365, DE 11/12/2019. P 13

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos<br>membros inferiores | 70 %                                            | Em grau leve - 25 %                                           | 17,5%     | R\$ 2.362,50             |
| Total                                                    |                                                 |                                                               | 17,5 %    | R\$ 2.362,50             |

---

**Rio de Janeiro, 24 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190705175**

**Vítima: CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 01/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA**

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

**Senhor(a), CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190705175**

**Vítima: CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 01/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000000250-X**

Conta: **000010113375-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](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:

586.568.472-87

4 - Nome completo da vítima:

Cleucineide Sampaio da Silva

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

5 - Nome completo:

Cleucineide Sampaio da Silva

6 - CPF:

586.568.472-87

7 - Profissão:

Recusou

8 - Endereço:

Rua C. 44

9 - Número:

48

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ALVOPADA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317 201

15 - E-mail:

monica.silva.638@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

991144021

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐

Bradesco (237)

☐

Itaú (341)

☒

Banco do Brasil (001)

☐

Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0250

☒

CONTA: 113.375

☐

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA 13/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 037972/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/11/2019 12:08 Data/Hora Fim: 05/11/2019 12:09  
Origem: Polícia Judiciária Data: 30/10/2019  
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 01/09/2019 06:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Ataíde Teive

Bairro: Equatorial

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                                                                                      | Meio(s) Empregado(s) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB ) | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 23/04/1975  
Profissão: Empregada Doméstica Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Nilza da Silva Nome do Pai: Celso Sampaio da Silva

Documento(s)

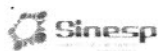
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 586.568.472-87  
RG - Carteira de Identidade: 128209

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua: C-44 Nº: 48  
Complemento: Casa  
Bairro: Alvorada  
Telefone: (95) 99168-1211 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| Grupo Veículo           | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
|-------------------------|-------------------------------|
| Veículo Adulterado? Não | Quantidade 1 Unidade          |
| Situação Meio Empregado |                               |
| Nome Envolvido          | Envolvimentos                 |
| Desconhecido 1          | Depositário, Proprietário,    |



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 05/11/2019 12:10  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037972/2019-A01

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|----------------|---------------|
|                | Possuidor     |

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava de a pé, onde estava atravessando referida avenida e veio a ser colidida por uma motocicleta, não sabendo informar as características identificadoras, pois a mesma evadiu-se. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido pelo serviço de resgate. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia Civil  
Matr. 042000908

Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000908  
Responsável pelo Atendimento

Cleucineide Sampaio da Silva

Cleucineide Sampaio da Silva  
(Envolvido / Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção 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 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

586.568.472-87

4 - Nome completo da vítima:

Cleucineide Sampaio da Silva

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

5 - Nome completo:

Cleucineide Sampaio da Silva

7 - Profissão:

Recusar

8 - Endereço:

Rua C. 44

11 - Bairro:

ALUOPADA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69-317-201

15 - E-mail:

mona@silva638@gmail.com

(95)

16 - Tel. (DDD):

991144021

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0250

☒ CONTA:

113.375

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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



Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorçado



Separado judicialmente



Viuvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

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

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, 13/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010113375-8

---

Nr. da Autenticação A3C391C8397BC059

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

Nº da Nota Fiscal 003606719

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS     | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------------|------------|---------------|---------------------|
| SETEMBRO/2019 | 01/10/2019 | 286           | 244,60              |

CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA  
R. C 44 48 ALVORADA  
CPF: 00058656847287  
CEP: 69.317-201 - BOA VISTA

ROT: 30.001.21.04.054300

| DADOS DA LEITURA            |       | DATAS DA LEITURA |            |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|
| Atual:                      | 40244 | Atual:           | 09/09/2019 |
| Anterior:                   | 39958 | Anterior:        | 09/08/2019 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Próxima Leitura: | 09/10/2019 |
| Consumo Medido:             | 286   | Emissão:         | 06/09/2019 |
| Consumo Faturado:           | 286   | Apresentação:    | 09/09/2019 |
|                             | FCAM  |                  |            |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |           |             |                |
|------------------------------|---------|----------------|-----------|-------------|----------------|
| Classe/Subclasse             | Ligação | Número Medidor | Poste     | Código Fat. | Média 12 meses |
| RESIDENCIAL                  | MONO    | 4458251        | N 1424737 | 1.1.1.1     | 250            |

| HISTÓRICO kWh        | DESCRIÇÃO DA CONTA                  |
|----------------------|-------------------------------------|
| Mês/ano consumo      |                                     |
| AGO/19 242           | CONSUMO 286 A R\$ 0,766106 = 219,10 |
| JUL/19 286           | ILUMINACAO PUBLICA 25,50            |
| JUN/19 229           |                                     |
| MAI/19 264           |                                     |
| ABR/19 255           |                                     |
| MAR/19 269           |                                     |
| FEV/19 232           |                                     |
| JAN/19 259           |                                     |
| DEZ/18 254           |                                     |
| NOV/18 266           |                                     |
| TARIFA SEM TRIBUTOS: |                                     |
| 0 A 286 - 0,634620   |                                     |

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

Mes/Ano Valor R\$ 08/2019 247,27  
Este cliente encontra-se em situação de suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/08/2019, em função das contas não pagas desta leitura. O não pagamento poderá acarretar também a inclusão do nome do consumidor na SPERA, informando ainda a existência de contas em vencimento e a reavaliação do valor da dívida. 244,60 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.  
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO DCFC.8300.EA71.45B1.364A.42B0.BFEC.F23A

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |        | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |
|---------------------------|--------|-------------------------|--------|
| Distribuição              | 56,20  | Base de Cálculo:        | 219,10 |
| Energia:                  | 119,14 | Alíquota ICMS:          | 17,00% |
| Transmissão:              | 0,00   | Valor do ICMS:          | 37,24  |
| Encargos:                 | 6,18   | Valor do PIS:           | 0,04   |
| Tributos:                 | 37,58  | Valor do COFINS:        | 0,30   |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |          |       |          |       |          |       |          |
|-----------------------------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|
| DIL                         |          |       |          | DIL   |          |       |          |
| Atual                       | Anterior | Atual | Anterior | Atual | Anterior | Atual | Anterior |
| 9,24                        | 18,49    | 36,99 | 8,46     | 16,92 | 33,84    | 4,99  |          |
| 0,00                        |          | 0,00  |          | 0,00  |          | 0,00  |          |

|          |                       |         |       |       |
|----------|-----------------------|---------|-------|-------|
| FLORESTA | Período de Aplicação: | 07/2019 | Piso: | 93,83 |
|----------|-----------------------|---------|-------|-------|

ROT: 30.001.21.04.054300



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| SEU CÓDIGO        | TOTAL A PAGAR - R\$ |
| 0070155-6         | 244,60              |
| MÊS FATURADO      | VENCIMENTO          |
| 09/2019           | 01/10/2019          |
| Nº da Nota Fiscal | FCAM                |
| 003606719         |                     |

83640000002 9 44600075000 5 00000000070 3 15560919008 9



SEQ.: 00258 UC: 0070155-6 DT.LEIT.: 09/09/2019 T.ENTR.: 04  
LEITURA: 40244 NORMAL TOTAL: 244,60 CARGA: 006  
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1041

CAER

CNPJ: 05.939.467/0001-15  
Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610  
FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

|                  |                   |                 |              |               |             |
|------------------|-------------------|-----------------|--------------|---------------|-------------|
| CATEGORIA        | ECONOMIAS         | HIDRÔMETRO      | VOL FATURADO | DESCRIÇÃO     | Nº DA CONTA |
| RESIDENCIAL      | 1                 | A10F198348      | 10           | REAL          | 15437802    |
| DT. LEITURA ANT. | DT. LEITURA ATUAL | DIAS DE CONSUMO | LEITURA ANT. | LEITURA ATUAL | MÉDIA       |
| 06/06/2019       | 04/07/2019        | 28              | 1839         | 1839          | 0           |
| MÊS/ANO          | CONS.             | MÊS/ANO         | CONS.        | MÊS/ANO       | CONS.       |
| 06/2019          | 0                 | 05/2019         | 0            | 04/2019       | 0           |

DESCRIÇÃO

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

|                                 |      |       |
|---------------------------------|------|-------|
| ÁGUA                            | 0 M3 | 23,83 |
| ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA |      | 19,06 |
| MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019  |      | 0,85  |

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E  
SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

| Amostras        | Cloro | Turbidez | Cor | C. Totais | E. Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-----------|---------|
| Exigidas        | -     | -        | -   | -         | -       |
| Analisadas      | -     | -        | -   | -         | -       |
| Em Conformidade | -     | -        | -   | -         | -       |

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

|                      |         |       |               |         |
|----------------------|---------|-------|---------------|---------|
| INSCRIÇÃO            | MÊS/ANO | GRUPO | TOTAL A PAGAR | ROTA    |
| 001.031.031.0130.000 | 07/2019 | 17    | 43,74         | 05.1970 |

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



CAER

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 2212 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cleucineide Sampaio da Silva inscri  
(a) no CPF sob o Nº 586.568.472 / 87 do sinistro de DPVAT cobertura LUVA LÍDER da Vítim  
Cleucineide Sampaio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 586.568.472 / 87 conform  
determinação da Circular Susep 445/12:  
☐ Declaro Profissão: Recusa Renda: Recusa e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.  
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                 |                          |                         |                        |
|-----------------|--------------------------|-------------------------|------------------------|
| Endereço        |                          |                         |                        |
| Rua: 05         |                          | Número                  | Complemento            |
| Bairro          | Cidade                   | 121                     |                        |
| Cidade Satélite | Boa Vista                | Estado                  | CEP                    |
| Email           | nonatosilva638@gmail.com | RR                      | 69.317-471             |
|                 |                          | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) |
|                 |                          |                         | (95) 99114-4021        |

Boa Vista, PR de Novembro de 19  
Local e Data

Raimundo Nonato Silva  
Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação  
Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

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

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

1901156494

01/09/2019 07:33:39

## FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

Paciente

CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA

Data Nascimento

23/04/1975

Idade

44 A 4 M 8 D

CNS

CPF

58656847287

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDENTIDADE

128209

SSP-RR

26/07/2007

F

SOLTEIRO(A) PARD

BOA VISTA - RR

BRASILEIRA

Mãe

NILZA DASILVA

Pai

CELSO SAMPAIO DA SILVA

Contato

(95) 99168-1211

Endereço

RUA - C-44 - 48 - ALVORADA - BOA VISTA - RR

Ocupação

TRABALHADOR

DOS S

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ATROPELAMENTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

RANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

LEANDRO

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Acidente de trânsito

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente refere trauma contuso em membro superior direito e membro inferior direito, com hemorragia subcutânea em região frontal da cabeça, pouco dolorosa à palpação. Pulso cheio. Mucosas úmidas e coradas. Sem sinais de desidratação. RR 20 bpm, sem ruídos.

Exame Físico

BEI, AAA, em membro superior direito amobilizado, apresentando hematoma subcutâneo em região frontal da cabeça, pouco dolorosa à palpação. Pulso cheio. Mucosas úmidas e coradas. Sem sinais de desidratação. RR 20 bpm, sem ruídos.

Hipótese Diagnóstica

Trauma contuso em cabeça e membro superior direito

DT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

di. p. rone 2g (EV)

12:15

t. latil 20 mg (EV)

12:20

desea medicação 10 mg (EV)

12:30

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☐ Transferência para:☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leandro

Data Hora: 01/09/2019 07:35:59

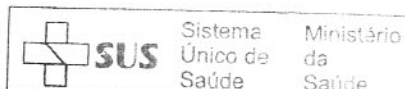
© 2019  
SOTEC - Soluções em Tecnologia  
154 - Inovação em Saúde  
Vers. 4.2.49 - 01/08/17



1901156494

# NIR

02.05.19



## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trat. proposta de ossos da perna

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trat. cirurg.

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

XX + R

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Trat. proposta de ossos da perna

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

( ) CNS ( ) CPF

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

### AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



## BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Clevemice Sampaio Silva

Data: 01/01/19

OS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Foco exposto de fratura de fíbula (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: \_\_\_\_\_

TIPO DE INTERVENÇÃO: LMC + Osteossíntese de FO exposta de

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Jonathas

1º AUXILIAR: Pablo

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: Edino

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Pte sob anestesia em DPH
- (2) Antissepsia + Assepsia
- (3) Incisão postero lateral na perna + Dissecção pl. pleuro
- (4) LMC cl SF art exostica
- (5) Incisão antero lateral em (fíbula) perna (D)  
+ Dissecção pl. pleuro
- (6) Observando comunicação fratura
- (7) Redução dos fragmentos + fixação cl parafuso interfragmentar
- (8) Instalação de placa DCP 8 furos + parafuso
- (9) Lubrificação pl. pleuro



Jonathas Lopes

CPM 1759



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

# FICHA DE ANESTESIA

Cleu Ceneide Sampaio da Silva 446

06/03/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº Noga - Alupis  
Noga HPR

|                    |                                             |                           |                |                          |              |                      |                      |                           |                          |              |              |              |              |              |
|--------------------|---------------------------------------------|---------------------------|----------------|--------------------------|--------------|----------------------|----------------------|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| AGENTES            | N 20                                        | 15                        | 30             | 45                       | 25           | 15                   | 30                   | 45                        | 15                       | 30           | 45           | 15           | 30           | 45           |
| LIQUIDOS VENOSOS   | 1/1                                         | 1/1                       | 1/1            | 1/1                      | 1/1          | 1/1                  | 1/1                  | 1/1                       | 1/1                      | 1/1          | 1/1          | 1/1          | 1/1          | 1/1          |
| DA                 | 240                                         | 240                       | 240            | 240                      | 240          | 240                  | 240                  | 240                       | 240                      | 240          | 240          | 240          | 240          | 240          |
| X                  | 38                                          | 38                        | 38             | 38                       | 38           | 38                   | 38                   | 38                        | 38                       | 38           | 38           | 38           | 38           | 38           |
| ULSO               | 36                                          | 36                        | 36             | 36                       | 36           | 36                   | 36                   | 36                        | 36                       | 36           | 36           | 36           | 36           | 36           |
| ANES               | 34                                          | 34                        | 34             | 34                       | 34           | 34                   | 34                   | 34                        | 34                       | 34           | 34           | 34           | 34           | 34           |
| X                  | 32                                          | 32                        | 32             | 32                       | 32           | 32                   | 32                   | 32                        | 32                       | 32           | 32           | 32           | 32           | 32           |
| OP                 | 30                                          | 30                        | 30             | 30                       | 30           | 30                   | 30                   | 30                        | 30                       | 30           | 30           | 30           | 30           | 30           |
| O                  | 120                                         | 120                       | 120            | 120                      | 120          | 120                  | 120                  | 120                       | 120                      | 120          | 120          | 120          | 120          | 120          |
| TEMP               | 100                                         | 100                       | 100            | 100                      | 100          | 100                  | 100                  | 100                       | 100                      | 100          | 100          | 100          | 100          | 100          |
| ASPIR.             | 80                                          | 80                        | 80             | 80                       | 80           | 80                   | 80                   | 80                        | 80                       | 80           | 80           | 80           | 80           | 80           |
| A                  | 60                                          | 60                        | 60             | 60                       | 60           | 60                   | 60                   | 60                        | 60                       | 60           | 60           | 60           | 60           | 60           |
| RESP               | 40                                          | 40                        | 40             | 40                       | 40           | 40                   | 40                   | 40                        | 40                       | 40           | 40           | 40           | 40           | 40           |
| O                  | 20                                          | 20                        | 20             | 20                       | 20           | 20                   | 20                   | 20                        | 20                       | 20           | 20           | 20           | 20           | 20           |
| Export             |                                             |                           |                |                          |              |                      |                      |                           |                          |              |              |              |              |              |
| Assist             |                                             |                           |                |                          |              |                      |                      |                           |                          |              |              |              |              |              |
| Contro             |                                             |                           |                |                          |              |                      |                      |                           |                          |              |              |              |              |              |
| SIMBOLOS           |                                             |                           |                |                          |              |                      |                      |                           |                          |              |              |              |              |              |
| AGENTES            | A                                           | B                         | C              | D                        | E            | F                    | G                    | H                         | I                        | J            | K            | L            | M            | N            |
| DOSES              | 100mg                                       | 50mg                      | 20mg           | 100mg                    | 100mg        | 100mg                | 100mg                | 100mg                     | 100mg                    | 100mg        | 100mg        | 100mg        | 100mg        | 100mg        |
| TECNICA            | Preanestesia                                | Preanestesia              | Preanestesia   | Preanestesia             | Preanestesia | Preanestesia         | Preanestesia         | Preanestesia              | Preanestesia             | Preanestesia | Preanestesia | Preanestesia | Preanestesia | Preanestesia |
| ANOTAÇÕES          | Check List Anest. OK                        | Monitor SpO2, FC, PAN, RR | DAUP @ CN 22mm | Sedação - Fentil - 100mg | Midazolam 5  | Clonitazem 200 - 200 | Clonitazem 600 - 600 | Obsess - Bupr 10.5 - 10.5 | Tranquilizante 200 - 200 |              |              |              |              |              |
| GLICOSE            |                                             |                           |                |                          |              |                      |                      |                           |                          |              |              |              |              |              |
| LIQUIDOS           |                                             |                           |                |                          |              |                      |                      |                           |                          |              |              |              |              |              |
| NDGD               |                                             |                           |                |                          |              |                      |                      |                           |                          |              |              |              |              |              |
| SANGUE             |                                             |                           |                |                          |              |                      |                      |                           |                          |              |              |              |              |              |
| SE RPI             |                                             |                           |                |                          |              |                      |                      |                           |                          |              |              |              |              |              |
| R4                 |                                             |                           |                |                          |              |                      |                      |                           |                          |              |              |              |              |              |
| TEMPO DE ANESTESIA |                                             |                           |                |                          |              |                      |                      |                           |                          |              |              |              |              |              |
| TOTAL              |                                             |                           |                |                          |              |                      |                      |                           |                          |              |              |              |              |              |
| OPERAÇÃO           | Osteosintese de fratura de Tibia e Fíbula @ |                           |                |                          |              |                      |                      |                           |                          |              |              |              |              |              |
| ANESTESIA          | DR Sampaio                                  |                           |                |                          |              |                      |                      |                           |                          |              |              |              |              |              |
| CÓDIGO             | DR Sampaio                                  |                           |                |                          |              |                      |                      |                           |                          |              |              |              |              |              |
| QUANTIDADE         | DR Sampaio                                  |                           |                |                          |              |                      |                      |                           |                          |              |              |              |              |              |
| PERDA SANGUINEA    | Capitada / Mínima                           |                           |                |                          |              |                      |                      |                           |                          |              |              |              |              |              |

Bruno Thiago D. P. P.  
MÉDICO  
CRM-RR 1023

Falei respeito

Faço a seguinte declaração  
por este documento, assinado  
com a minha assinatura e  
Rubrica e Data.  
Falei a seguinte declaração  
autêntica e verdadeira  
no Centro Médico.

- ① Letra Zid me 29 (EU) agora.
- ② Vinha me com copy (EU) agora.
- ③ Lf 0.91.500 (EU) 6/6 hora.



Clenci Nide Sampaio  
da Silva

302-09 1901156494

01 9

Ostios de Fratura Exposta  
de Fíbula (D)

INICIO  
14:50

FIM  
17:29

TEMPO DE DURAÇÃO

TEMPO TOTAL

CIRURGIÃO

Dr. Jonathan  
Pablo R.3

1ª AJUDANTE

2ª AJUDANTE

ANESTESISTA

RES. ANESTESIA

INSTRUMENTADOR

CIRCULANTE

Edine  
Bruno R.2

Fagner

Daac + Wellington

TIPO DE ANESTESIA

raqui

CAUSAL

MATERIALS

TEMPO DE DURAÇÃO

DEBITO

MEDICAMENTOS

|                                     |   |                        |       |
|-------------------------------------|---|------------------------|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 1 | PQTS COMPRESSAS        | UNID. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | L | PACOTES GAZE           |       |
| <input type="checkbox"/>            | L | LUVA ESTERIL 7.0       |       |
| <input type="checkbox"/>            | L | LUVA ESTERIL 7.5       |       |
| <input type="checkbox"/>            | L | LUVA ESTERIL 8.0       |       |
| <input type="checkbox"/>            | L | LUVA ESTERIL 8.5       |       |
| <input type="checkbox"/>            | L | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS |       |
| <input type="checkbox"/>            | L | LAMINA BISTURI Nº 1021 |       |
| <input type="checkbox"/>            | L | DRENO DE SUÇÃO Nº      |       |
| <input type="checkbox"/>            | L | DRENO DE TORAX Nº      |       |
| <input type="checkbox"/>            | L | DRENO DE PENROSE Nº    |       |
| <input type="checkbox"/>            | L | SERINGA 01ML           |       |
| <input type="checkbox"/>            | L | SERINGA 03ML           |       |
| <input type="checkbox"/>            | L | SERINGA 05 ML          |       |
| <input type="checkbox"/>            | L | SERINGA 10ML           |       |
| <input type="checkbox"/>            | L | SERINGA 20ML           |       |
| <input type="checkbox"/>            | L | Agulha P/ Reqn. Nº 25  |       |

☒

|                                     |                             |             |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | FRASCOS SORO FISIOLÓGICO    | 500ml       |
| <input type="checkbox"/>            | FRASCOS SORO RINGER LACTADO |             |
| <input type="checkbox"/>            | FRASCOS SORO GLICOSADO      |             |
| <input type="checkbox"/>            | FIO VICKRYL Nº 2.0          |             |
| <input type="checkbox"/>            | FIO MONONYLON Nº 3.0        |             |
| <input type="checkbox"/>            | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº   |             |
| <input type="checkbox"/>            | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº   |             |
| <input type="checkbox"/>            | FIO CATGUT SIMPLES Nº       |             |
| <input type="checkbox"/>            | FIO CATGUT CROMADO Nº       |             |
| <input type="checkbox"/>            | FIO PROLENE Nº              |             |
| <input type="checkbox"/>            | FIO SEDA Nº                 | Catgut R.2  |
| <input type="checkbox"/>            | SURGICEL                    | elétrico    |
| <input type="checkbox"/>            | CERA P/ OSO                 |             |
| <input type="checkbox"/>            | KIT CATARATA                |             |
| <input type="checkbox"/>            | GLIOAM                      | clonexilina |
| <input type="checkbox"/>            | FITA CARDIACA               |             |
| <input type="checkbox"/>            | OUTROS                      | Alcool      |

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA  
DE CIRURGIA VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A)

ENFERMEIRA CHEFE

S. L. F. J. J. J.

FUNCIONÁRIO/CALCULOS

CIRCULANTE DE SALA

U. J. J. J.

DEBITAR NA C.C. DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

EMISSÃO DE FORMULÁRIO CONTABILIDADE

Nome: Glennirne Lampare do Silva  
Data de Nascimento: 23/04/75 Idade: 49  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Termo de Consentimento Cirurgial / Versão: \_\_\_\_\_  
Idade: 77

Setor/Leito: GI

Date: 01/09/19

**DADOS PRÉ-OPERATÓRIO**

**Cirurgia Proposta:** Exatex - Abdo D

**Informações:**

Jejum: ☒ Sim ☐ Não  
 Prótese: ☐ Sim ☒ Não  
 Exames: ☐ Sim ☒ Não  
 Reserva UTI: ☐ Sim ☒ Não  
 Lateralidade: ☐ Sim ☒ Não  
 PNE: ☐ Sim ☒ Não  
 Alergia: ☐ Sim ☒ Não  
 Qual: \_\_\_\_\_

Reserva de Hemoderivado:  
☐ Sim ☒ Não

Outros: \_\_\_\_\_

**Chegada ao Centro Cirúrgico:**

☒ Deambulando  
☒ Com Suporte de O2  
☐ TOT

**Sinais Vitais:**

T: \_\_\_\_\_ °C  
 R: \_\_\_\_\_ rpm  
 FC: 84 bpm  
 PA: 127/79 mmHg  
 SAT: 95 %  
☒ Regular ☐ Irregular

**4. Anotações (Admissão do Paciente):**

Paciente admitido  
em sala de espera  
para a cirurgia  
abdominal

**Entrada na Sala**

**Início da Anestesia**

**Início da Cirurgia**

**Término da Cirurgia**

**Término da Anestesia**

**Cirurgia Realizada**

**Anestesia**

**Posicionamento**

**Hidratação Infundida**

**Antidócio/terapia**

**Hemoderivados**

**SF 0,9%:** 2000

**Nome:** Clinda +

**CH:** \_\_\_\_\_

**SG 5%:** ml

**Dose:** qntda

**Outros:** \_\_\_\_\_

**Plasma:** \_\_\_\_\_

**Plaquetas:** \_\_\_\_\_

**Nº de Compressas oferecidas:** \_\_\_\_\_

**Nº de Compressas recolhidas:** \_\_\_\_\_

**Exames na SO:**

☐ Ht ☐ Hb ☐ Hemograma ☒ Urux  
☐ Gasometria ☐ Outros: \_\_\_\_\_

**Antômato Patológico:**

☒ Sim  
☐ Não  
☐ Cultura ☐ Outros: \_\_\_\_\_

**Legenda:**

1. Eletrodos \_\_\_\_\_

2. Oxímetro \_\_\_\_\_

3. Manguito PA \_\_\_\_\_

4. Placa de Bisturi ☒

5. Incisão \_\_\_\_\_

6. Cateter O2 \_\_\_\_\_

7. Ventílise \_\_\_\_\_

8. Dreno ☒

9. SNG/SNE ☒

10. Garrote ☒

11. TOT ☐ Não ☐ Sim N° \_\_\_\_\_

12. SVD ☐ Não ☐ Sim N° \_\_\_\_\_

13. Outros: \_\_\_\_\_

**Sinais Vitais: Saída da SO**

T: \_\_\_\_\_ °C  
 R: \_\_\_\_\_ rpm  
 FC: 83 bpm  
 PA: 110/75 mmHg  
 SAT: 96 %  
☒ Regular ☐ Irregular

**Destino:** ☒ SRA ☐ UTI ☐ Outros: \_\_\_\_\_

**Termo de Consentimento Anestesia:** ☐ Sim ☒ Não

**Termo de Consentimento Anestesia:** ☐ Sim ☒ Não

**Data:** 01/09/19

3029

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                        |      |          |      |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------|----------|------|-------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |      |          |      |             |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                        |      |          |      |             |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                        |      |          |      |             |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                        | DIH  | DN       |      |             |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Alex C. Melo Sam fari de Alca                          |      |          |      |             |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | lesão de fratura                                       |      |          |      |             |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | HAS                                                    | NEGA | DM2      | NEGA |             |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | LEITO                                                  | DATA | 01/08/19 |      |             |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PRESCRIÇÃO                                             |      |          |      | HORARIO     |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | DIETA ORAL LIVRE                                       |      |          |      | S/N         |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ACESSO VENOSO PERIFERICO                               |      |          |      | mantido     |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SF 0,9% 500ML EV S/N                                   |      |          |      | S/N         |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                 |      |          |      | 18 24 06 12 |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                |      |          |      | 06 00 00    |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA  |      |          |      | S/N 22h 25  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM |      |          |      | S/N 22h 25  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                  |      |          |      | 22 06 14    |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                        |      |          |      | S/N         |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H                             |      |          |      | 18 24 06 12 |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H                         |      |          |      | 22 06 10    |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                        |      |          |      |             |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                        |      |          |      |             |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                        |      |          |      |             |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                        |      |          |      |             |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    |      |          |      | S/N         |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SSVV + CCGG 6/6 H                                      |      |          |      | curativo    |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CURATIVO DIÁRIO                                        |      |          |      |             |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                        |      |          |      |             |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                        |      |          |      |             |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                        |      |          |      |             |
| <p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:<br/>           200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70<br/>           DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p><b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b><br/>           # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br/>           # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br/>           NORMOCORADO, HIDRATADO.<br/>           # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA<br/>           # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:<br/>           # PREVISÃO DE ALTA:</p> |                                                        |      |          |      |             |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                        |      |          |      |             |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PA                                                     | FC   | FR       | T    |             |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                        |      |          |      |             |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 100x60                                                 | 72   |          | 36°C |             |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 105x60                                                 | 85   |          | 36°C |             |

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DIA: 02.09.

AS 11:00

PA: 120/80

P: 77

T: 36.6



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Clecinéide Figueira da Silva CPF nº \_\_\_\_\_

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de transferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

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

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 02 de 09 de 2019.

Assinatura do paciente: Clecinéide Figueira da Silva

Responsável:

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

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

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou representante, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento (s) / procedimento (s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, 02 de 09 de 2019. Hora: 19.10

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

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

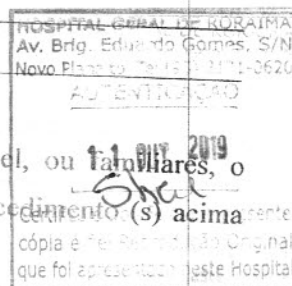
Dr. Pedro Di Giovanni

Ortopedista/Traumatologista

Assinatura do Conselho de Médico Regulador

Dr. André Santos Marinho  
Médico  
CRM/RR 1904

CRM 1904 RT





# HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 02/09/14  
PACIENTE: Cleonildo Sampaio da Silva DN: 1/1  
DIAGNOSTICO(S): Fratura Tibia

DIH: 1/1  
KANBAM: \_\_\_\_\_ Dieta: \_\_\_\_\_  
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 1/1): Hb: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ Ur: \_\_\_\_\_ Cr: \_\_\_\_\_  
Leuc: \_\_\_\_\_ Seg: \_\_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_\_  
Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_ Ca: \_\_\_\_\_ Cl: \_\_\_\_\_  
HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ PH: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_ PO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_  
EAS: \_\_\_\_\_  
CULTURAS ( / / ): \_\_\_\_\_

IMAGEM \_\_\_\_\_

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA 1/1): Hb: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ Ur: \_\_\_\_\_ Cr: \_\_\_\_\_  
Leuc: \_\_\_\_\_ Seg: \_\_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_\_ Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_ Ca: \_\_\_\_\_  
Cl: \_\_\_\_\_ HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ PH: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_ PO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_  
EAS: \_\_\_\_\_  
IMAGEM \_\_\_\_\_

ANTIBIÓTICO

USADO: \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA DE  
ANTIBIÓTICO: \_\_\_\_\_

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: \_\_\_\_\_

TERAPIA INSTITUIDA: \_\_\_\_\_

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente com fratura de tibia aguda  
aguda por trauma osteométrico de tibia  
com fratura e sangramento

Boa Vista, 02 de 09 de 2014. Hora: \_\_\_\_\_

Dr. Pedro Di Giovanni  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-RR 1615 / RQE: 684

Assinatura/carimbo do Médico Assistente  
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

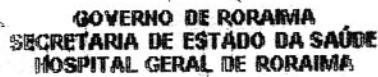
Dr. Pedro Di Giovanni  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-RR 1615 / RQE: 684

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_





RECEITUÁRIO

*Pharmacopoeia de São Paulo*

Facciate vittime di atropelamento  
per via di fratture Esportate.  
di ossa di Fune. Dite  
E per pagamento Orto per  
mezzo di assistenza de  
per attività le loro pr  
Ivo che confer il prof.  
160 e cento d'.

J.F.C.

A 2 09 14

См 1408

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 • Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

## Laudo Médico

Elencineide Samgans de Silva, C.I. 128209, SSP/RR, vítima de atropelamento, conferiu ficha de atendimento 1901156494 de 01/09/2019, P.S. Fls. 618/619, sendo constatada fratura exposta de osso de perna direito. Foi submetida a osteossíntese de osso de perna direito, colocando placa metálica e seus (06) parafusos. Após alta médica, iniciando evolução com edema de perna e pé direito, apresentando limitação para movimentos de rotação e lateralização do pé direito, limitação para esforços repetitivos com membro inferior direito, comprometendo suas atividades laborativas.

Conclusões: Sequela funcional permanente de membro inferior direito.

Boa Vista, 11/12/2019

  
Dr. Francisco F. Farias  
CRM: 365-RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Potegar Direito



*Cleucineide Sampaio da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 128209 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/07/2007

NOME **CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA**

PLACAÇÃO

**CELSO SAMPAIO DA SILVA**

**NIZZA DA SILVA**

NATURALIDADE

**BOA VISTA - RR**

POO-ORIGEM

**CERTID. NASC. 2487 FLS. 44-V LIV. E-3**

**BOA VISTA - RR**

**586.568.472-87**

**2 - VIA**

*Flora*  
**Rita de Cassia Chaves de Araújo**  
Diretor de IIG

LEIN 7.116 DE 29/08/83

DATA DE NASCIMENTO 23/04/1975

P-1

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO  
GERAL

357035-5

NOME

**RAIMUNDO NONATO SILVA**

FILIAÇÃO

**VANGELINA PEREIRA SILVA**

NATURALIDADE

**VARGEN GRANDE - MA**

DOG. ORIGEM

**CERTD NASC 2560 FLS 2 LIV A 43**

**VARGEN GRANDE-MA**

CPF

**475.428.463-91**

**3 VIA**

DATA DE EMISSÃO

**28/01/2016**

DATA DE NASCIMENTO

**15/09/1968**

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
PREFEITO MUNICIPAL DE VARGEN GRANDE - MA  
Diretor de Registro Civil

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

**P 7**

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456133/19

**Vítima:** CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA

**CPF:** 586.568.472-87

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

**Data do acidente:** 01/09/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CLEUCINEIDE SAMPAIO  
DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

### CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA : 586.568.472-87

- 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

Data da apresentação: 17/12/2019  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190705175 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

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

**Data da análise:** 26/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
P 1/3/4

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. FRANCISCO F. FARIAS, CRM RR 365, DE 11/12/2019. P 13

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos<br>membros inferiores | 70 %                                            | Em grau leve - 25 %                                           | 17,5%     | R\$ 2.362,50             |
| Total                                                    |                                                 |                                                               | 17,5 %    | R\$ 2.362,50             |

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: Clucineide Sampaio da Silva  
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
RG: 12.820.9 CPF: 586.568.472-87 PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
Res = C-44 ENDEREÇO: RUA/AV, Nº 48  
BAIRRO: Alvorada CIDADE: Bom Vista /RR  
CEP 69357-201

VITIMA: Clucineide Sampaio da Silva  
CPF: 586.568.472-87 DATA DO ACIDENTE: 01/09/19  
NATUREZA: ( ) DAMS (x) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: Recurso  
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016  
Nº CPF: 475.628.463-91  
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

### PODERES:

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



Bom Vista, 30 de Outubro de 2019

Clucineide Sampaio da Silva  
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456133/19

**Vítima:** CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA

**CPF:** 586.568.472-87

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

**Data do acidente:** 01/09/2019

**Titular do CPF:** CLEUCINEIDE SAMPAIO  
DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

### CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA : 586.568.472-87

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

Data da apresentação: 17/12/2019  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA