

Not intended for official interpretation.

JOSIANE ROSA
HGR-3111515212

HOSP. GERAL DE PORAÍMA
Operator: N/RAIO/Jusuario
- kV, - mAs
Zoom 100%

MAO
11/8/2019
8:38 PM



50 mm

L 128
W 255

• 13 FEV. 2020

Not intended for official interpretation.

JOSIANE ROSA

HGR-3111515212

12

MÃO

11/8/2019

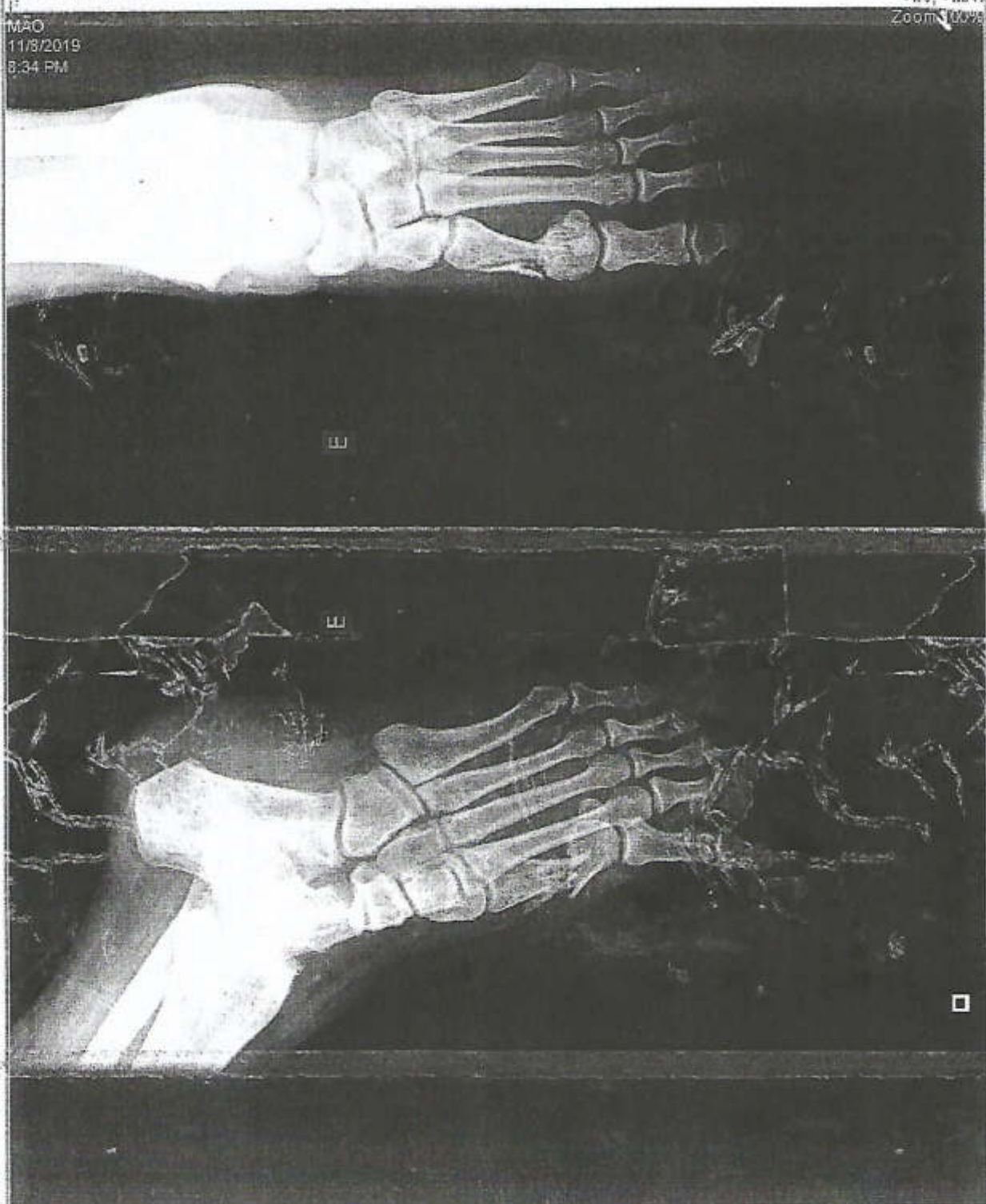
8:34 PM

HOSP. GERAL DE RORAIMA

Operator (XRAY) / Usuario

- kV, - mAs

Zoom 100%



500 mm

L 128
W 255

13 FEB. 2020

Not intended for official interpretation.

JOSIANE ROSA
BLOC. E 505-04

MÃO
11/11/2019
10:42 AM

HOSP. GERAL DE RORAIMA
Operator NXRAIO/usuario
- kV, - mAs
Zoom 100%



500 mm

L 128
W 258

13 FEV. 2020

Not intended for official interpretation.

JOSIANE ROSA

BLOC. E 505-D4

PÉ

11/11/2019

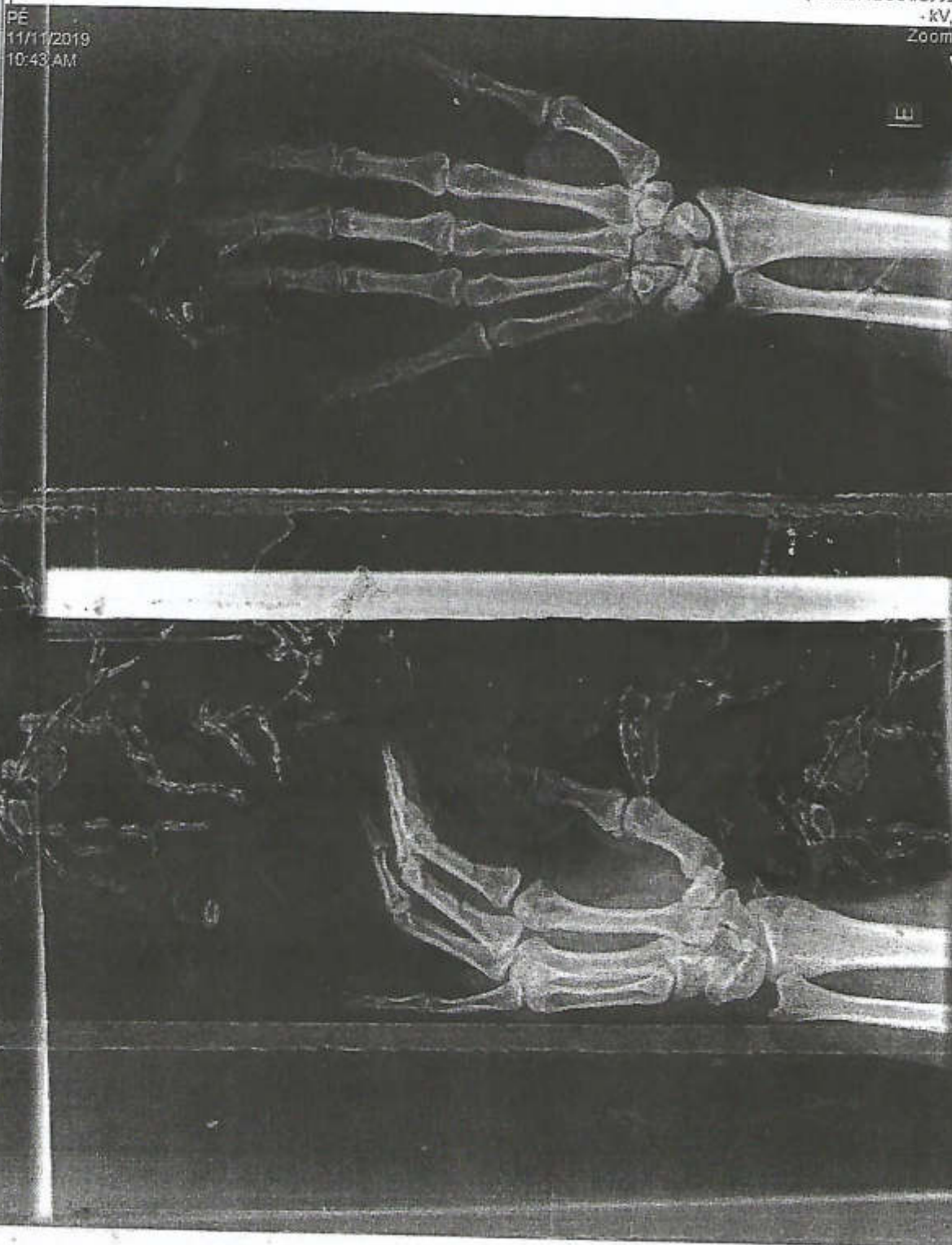
10:43 AM

HOSP. GERAL DE RORAIMA

Operator HV/RAIO/Usuario

- kV, - mAs

Zoom 100%



300 mm

L 128
W 260

13 FEV. 2020



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

1ª Classificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

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

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

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

1901184360

08/11/2019 20:09:45

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 14

Paciente

JOSIANE ROSAS BELEM

Data Nascimento

04/12/1985

Idade

33 A 11 M 4 D

CNS

702602284544148

CPF

84786787272

Prontuário

00050239

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

SESP/RR

Data Emissão

22/02/2002

Sexo

F

Estado Civil

UNIAO

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

MANAUS - AM

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe

MARILDA GOMES ROSAS

ESTAVEL

Contato

(95) 99151-6977

Endereço

RUA - FLORIANOPOLIS - 80 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR

Ocupação

FUNCIONÁRIO

PÚBLI

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

ELIENE

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Acidente de moto

00050239

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

*Boleto retorno de acidente moto e moto apara
uma de reperto. Nesse ponto de atendimento e exame*

Exame Físico

NA DKA, hipotensão, incontinência.

Hipótese Diagnóstica

Fratura em pé 1 e mão 2

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Raio X de pé 1 e mão 2 e tratamento

2) Reparo de pé 1

3) Tratamento de pé 1

4) Prescrição de fratura com pé 1 e mão 2

5) Tratamento de pé 1

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 ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IM Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eliene

Data Hora: 08/11/2019 20:10:19

GOV
RORAIMA - Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
RUA 228 - BOA VISTA

13 FEV. 2020



1901184360

Ortopédia 12 Paciente
Vinte Vítimas de 160 horas após acidente
de moto

Eff amputação do 5º falange do 1º (E)
lesão 1º MTT Pe (E)

Rx fratura 1º MTT Pe (E)

H.O. fratura Enghash 1º MTT Pe (E) +
amputação humeral 5º grau (E)

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RR

to Centro Cirúrgico

505

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.E.R.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Josiane Rosas Belem

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

50239

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

202602284544148

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/12/85

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Marilene Gomes Dantas

11 - TELEFONE DE CONTATO

95991516977

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Florenópolis 80 Nova Cidade

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BU

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

R/R

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Lesão em fratura exposta do 1º MTI PE (E)
+ amputação traumática do 5º dedo do
do mto (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Lesão traumática

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

Histórico + Exame físico + Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura exposta 1º MTI PE (E) + amputação traumática 5º dedo (E)
Lesão traumática

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

502001

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Paracat

08/11/19

Dr. Odineci Okemi
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

8/11/19

0408050462-5983
0408060425-5681

31-01-2020



Josiane Rosas Belém

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 08.11.19

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em D.P.H., sob anestesia
- (2) Exame e Inspeção
- (3) Locação de campos estéril
- (4) Lavagem mecânica exhaustiva com sol de Los Angeles
- (5) Redução ^{0,9%} + fixação com Lo de Kirschner 1,5mm
- (6) Curativo radiológico
- (7) Sutura de pele ^{0,9%} curativos + curativos pela fissura
- Observações: fratura multifragmentar e comunitar na perna
- (8) Exame e Inspeção + fratura transla + 5º dedo
- (9) Lavagem mecânica exhaustiva com sol de Los Angeles 0,9%
- (10) Sutura do dedo
- (11) Curativos
- (12) RPA

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610

Dr. Odinachi Okemi
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RR

13 FEV. 2020

ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

| | | | | | |
|--|------------------------|--------------------------------|-------------------|-------------------------|------------------|
| Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | Especialidade: Oftalmologia | | Procedimento Realizado: | |
| Nome do Paciente: Josiene Rosa Belim | | IDADE: | SEXO: F () M () | Nº do Prontuário | Data 08/11/19 |
| Bloco: | Enfermaria: Lote 11 | Leito: | Nº da Sala 02 | Circulante de Sala: | |
| CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: | | | | | |
| Dados dos materiais/Service | | | | | |

Dados dos materiais/Serviço

| Hospital Geral de Roraima () | | Dados Adicionais: | | Marca: |
|---|-----------------------|---|--|--------|
| ITEM | DESCRIÇÃO DO ITEM | | | QUANT |
| 01 | Fio de Kirschner: 1,5 | | | 01 |
| <p>Dr. Odinachi Okemiri Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM: 1951/RB</p> | | | | |
| MÉDICO CIRURGIÃO: <u>Dr. Odinachi</u> | | 1º AUXILIAR: <u>Dr. Paulo</u> | | |
| INSTRUMENTADOR: _____ | | | | |
| Empresa () | | Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON () | | Marca: |
| ITEM | DESCRIÇÃO DO ITEM | | | QUANT |
| <p>Dr. Odinachi Okemiri Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM: 1951/RB</p> | | | | |
| MÉDICO CIRURGIÃO: _____ | | 1º AUXILIAR: _____ | | |
| INSTRUMENTADOR: _____ | | | | |
| VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE | | | | |

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
2º OPME/CME

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: son me hor@gmail.com

13 FEB. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

| | | | |
|---|---|---------------------|---------------------------------|
| NOME DO PACIENTE <i>Josiane Rosa Belém, 33ª</i> | APT OU LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA <i>08 / 11 / 19</i> |
| CIRURGIA | | | |
| TIPO <i>trat. cirurg. de 1º metatarso pé E + regulagem 5º dedo mão E</i> | INICIO <i>21:56</i> | FIM <i>23:04</i> | TEMPO DE DURAÇÃO TEMPO TOTAL |
| CIRURGIÃO <i>Dr. Pololo</i> | ANESTESISTA: <i>Dr. Adonias</i> | | |
| 1º AUXILIAR <i>Dr. Odinalhi</i> | RES. ANESTESIA: <i>Dr. Monica R2</i> | | |
| 2º AUXILIAR | INSTRUMENTADOR | | |
| | CIRCULANTE | | |
| TIPO DE ANESTESIA: <i>Raqui</i> | <i>Sacorno e Bahia</i> | | |

| QUANT. | MATERIAIS | VALOR | QUANT | MEDICAMENTOS | VALOR |
|--------|-------------------------------------|-------|-------|--|-------|
| 1 | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. | | 1 | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml | |
| 1 | PACOTES GAZE | | 1 | cateter de O2 | |
| | LUVA ESTERIL 7.0 | | | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO | |
| | LUVA ESTERIL 7.5 | | | FRASCOS- SORO GLICOSADO | |
| | LUVA ESTERIL 8.0 | | | FIO VICRYL Nº | |
| | LUVA ESTERIL 8.5 | | | FIO MONONYLON Nº | |
| 1 | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS | Pem | | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº | |
| 1 | LÂMINA BISTURI Nº 10 | | 1 | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº | |
| 1 | DRENO DE SUÇÃO Nº <i>elutrodo</i> | | 1 | FIO CATGUT SIMPLES Nº <i>ataduna gusobol</i> | |
| | DRENO DE TORAX Nº | | 1 | FIO CATGUT CROMADO Nº | |
| | DRENO DE PENROSE Nº | | 1 | FIO PROLENE Nº <i>Isocora p/ anti-sepsia</i> | |
| 1 | SERINGA 01ML <i>gilex Nº 20</i> | | 1 | FIO SEDA Nº | |
| 1 | SERINGA 03ML <i>insulina Pololo</i> | | 1 | SURGICEL <i>gornol</i> | |
| 1 | SERINGA 05 ML | | 1 | CERA P/ OSSO | |
| 1 | SERINGA 10ML | | 1 | KIT CATARATA Nº <i>mais cores</i> | |
| 1 | SERINGA 20ML | | 1 | GEOFOAM <i>equipo moderno</i> | |
| 1 | <i>agulha de raqui</i> | | 1 | FITA CARDIACA | |
| | | | 1 | OUTROS <i>200 ml de clonoxidina oligomante</i> | |

| | | | | |
|---|---------------------------|----------------------------|--|-------|
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS | | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | | VALOR |
| INSTRUMENTADOR (A) | ENFERMEIRA CHEFE | MATERIAL MEDICAMENTOS | | |
| | <i>Colobila e Solangi</i> | SUB- TOTAL | | |
| FUNCIONÁRIO/CALCULOS | CIRCULANTE DE SALA | TAXA DE SALA | | |
| <i>11/19</i> | <i>Sacorno e Bahia</i> | TAXA DE ANESTESIA | | |
| | | SOMA | | |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE | | | | |

13 FEV. 2020



SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Yasmin Rêes Bulim

Data de Nasc: 05 / 12 / 2015 Idade: 33

Sector/leito: ST

Data: 08 / 11 / 19

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

INTRA-OPERATÓRIO

SRPA

Cirurgia Proposta: Exatoma do PE

Entrada na Sala Anestesia Início da Cirurgia Término da Cirurgia Término da Anestesia

Anestesia Cirurgia

Sinais Vitais

1. Informações:

Jejum () Sim (X) Não
Protese () Sim (X) Não
Exames (X) Sim () Não
Reserva UTI () Sim (X) Não
Lateralidade () Sim (X) Não
PNE () Sim (X) Não
Alergia () Sim (X) Não
Qual: Penicilina

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

2. Chegou ao Centro Cirúrgico:

() Desbrilhando
(X) Consciente
() Com Suporte de O2
() TOT
() Agitado
() Sinais Vitais:

Nº de Compressas oferecidas: 05
Nº de Compressas recolhidas: 06

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

3. Sinais Vitais:

T: 36.5 °C
R: 19 rpm
FC: 101 bpm
PA: 135 x 115 mmHg
SAT: 99 %

Exames na SO:
() Ht () Hb () Hemograma () JRX
() Gasometria () Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

4. Anotações (Admissão do Paciente):

Pré-operatório de Exatoma do PE
Anestesia: Proquim
Posicionamento: Quadril dorsal

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

5. Anotações (Evolução/Alta do Paciente)

Pré-operatório de Exatoma do PE
Anestesia: Proquim
Posicionamento: Quadril dorsal

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

6. Anotações (Evolução/Alta do Paciente)

Pré-operatório de Exatoma do PE
Anestesia: Proquim
Posicionamento: Quadril dorsal

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

7. Anotações (Evolução/Alta do Paciente)

Pré-operatório de Exatoma do PE
Anestesia: Proquim
Posicionamento: Quadril dorsal

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

8. Anotações (Evolução/Alta do Paciente)

Pré-operatório de Exatoma do PE
Anestesia: Proquim
Posicionamento: Quadril dorsal

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

9. Anotações (Evolução/Alta do Paciente)

Pré-operatório de Exatoma do PE
Anestesia: Proquim
Posicionamento: Quadril dorsal

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

10. Anotações (Evolução/Alta do Paciente)

Pré-operatório de Exatoma do PE
Anestesia: Proquim
Posicionamento: Quadril dorsal

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

11. Anotações (Evolução/Alta do Paciente)

Pré-operatório de Exatoma do PE
Anestesia: Proquim
Posicionamento: Quadril dorsal

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

12. Anotações (Evolução/Alta do Paciente)

Pré-operatório de Exatoma do PE
Anestesia: Proquim
Posicionamento: Quadril dorsal

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

13. Anotações (Evolução/Alta do Paciente)

Pré-operatório de Exatoma do PE
Anestesia: Proquim
Posicionamento: Quadril dorsal

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

14. Anotações (Evolução/Alta do Paciente)

Pré-operatório de Exatoma do PE
Anestesia: Proquim
Posicionamento: Quadril dorsal

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

15. Anotações (Evolução/Alta do Paciente)

Pré-operatório de Exatoma do PE
Anestesia: Proquim
Posicionamento: Quadril dorsal

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

16. Anotações (Evolução/Alta do Paciente)

Pré-operatório de Exatoma do PE
Anestesia: Proquim
Posicionamento: Quadril dorsal

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

17. Anotações (Evolução/Alta do Paciente)

Pré-operatório de Exatoma do PE
Anestesia: Proquim
Posicionamento: Quadril dorsal

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

18. Anotações (Evolução/Alta do Paciente)

Pré-operatório de Exatoma do PE
Anestesia: Proquim
Posicionamento: Quadril dorsal

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

19. Anotações (Evolução/Alta do Paciente)

Pré-operatório de Exatoma do PE
Anestesia: Proquim
Posicionamento: Quadril dorsal

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

20. Anotações (Evolução/Alta do Paciente)

Pré-operatório de Exatoma do PE
Anestesia: Proquim
Posicionamento: Quadril dorsal

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

21. Anotações (Evolução/Alta do Paciente)

Pré-operatório de Exatoma do PE
Anestesia: Proquim
Posicionamento: Quadril dorsal

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

FC 101 bpm
PA 135 x 115 mmHg
SAT 99 %

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Jaiane Rosa Bellm
Responsável Cirúrgico

INTERVALO (Sala de Anestesia)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
☒ Consentimento ☒ Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplicar () Não se Aplica

TEMPO DEMORADO

☒ Sim () Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUI

PROXIMIDADE DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não () Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não () Sim, e equipamento/assistência disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não () Sim, e equipamento/assistência disponível e planejamento

Dr. Marcos Roberto
Anestesiologista

Assinatura

Hora: 13:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Jaiane

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da
operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e
outros estão presentes e dentro da validade de
esterilização (incluindo resultado do indicador). Há
questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer
preocupações

Sala de instrumental em infecção de
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

☒ Sim,

Qual: Sensibiliza

Hora: 13:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO

☒ Sim () Não

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

☒ Sim () Não () Não se Aplicam

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

() Sim () Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO

() Sim ☒ Não

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

☒ Sim () Não () Não se Aplica

Jaiane Rosa - 87391-82

Assinatura e Carimbo

13 FEV. 2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



Assinatura do Titular

Jostiane Rosas Belém

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 251637

DATA DE EXPEDIÇÃO 09/12/2019

NOME JOSTIANE ROSAS BELÉM

AVULSO JOSÉ RIBAMAR FERREIRA BELÉM
MARILDA GOMES ROSAS
NATURALIDADE MANAUS-AM

DOS. ORIGEM CERTD NASC 47298 FLS 303 LIV A-60
MANAUS-AM

CPF 847.867.872-72

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Presidente do Conselho de Administração

DATA DE NASCIMENTO 04/12/1985

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

13 FEV. 2020

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA



DOC. IDENTIDADE / C.R.G. EMISSOR
114807 SSP RR

CNPJ
383.061.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE
OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

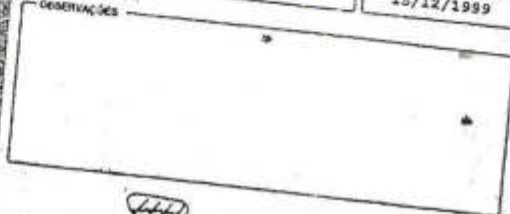
CAT/MAB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
29/01/2020

EMISSÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES



ASSINATURA DO EMISSOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

AVULSO DE HABILITAÇÃO
DIRETOR-GERAL
ASSINATURA DO DIRETOR

92485240616
RR207968020

DETRAN-RR (RORAIMA)

13 FEV. 2020

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR
980151096

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200067517

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM

Data do acidente: 08/11/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT ANATÔMICO MODERADO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 % | Em grau residual - 10 % | 5% | R\$ 675,00 |
| Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | 10 % | Em grau médio - 50 % | 5% | R\$ 675,00 |
| Total | | | 10 % | R\$ 1.350,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200067517 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM **Data do acidente:** 08/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 % | Em grau residual - 10 % | 5% | R\$ 675,00 |
| Total | | | 5 % | R\$ 675,00 |

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Josiane Rosas Belem

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Autônoma

IDENTIDADE: 251.637

ENDEREÇO: Rua: Florenópolis, n:80 - Nova Cidade

OUTORGADO

NOME: Gleir Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Autônoma

IDENTIDADE: 114.8017

ENDEREÇO: Rua: Antonio Pinheiro Galvão - 832, Bureti

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomelo e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 08 / 11 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: Josiane Rosas Belem.

Boa Vista - RR, 03/12/2019

LOCAL E DATA



Josiane Rosas Belem

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

13 FEV. 2020

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054979/20

Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM

CPF: 847.867.872-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSIANE ROSAS BELEM

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

JOSIANE ROSAS BELEM : 847.867.872-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/02/2020
Nome: JOSIANE ROSAS BELEM
CPF: 847.867.872-72

JOSIANE ROSAS BELEM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054979/20

Número do Sinistro: 3200067517

Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM

CPF: 847.867.872-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSIANE ROSAS BELEM

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JOSIANE ROSAS BELEM : 847.867.872-72

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/02/2020
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200067517

Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIANE ROSAS BELEM

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, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200067517 Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM

Data do Acidente: 08/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSIANE ROSAS BELEM

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

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

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200067517

Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIANE ROSAS BELEM

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

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 1.350,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: JOSIANE ROSAS BELEM

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 0000060892-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

Atenciosamente,



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: 4 - Nome completo da vítima:
844.867.872-72 Jorjane Rosa Belem

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

5 - Nome completo: Jorjane Rosa Belem 6 - CPF: 844.867.872-72
7 - Profissão: autônoma 8 - Endereço: Rua: Flávia Mendes
9 - Número: 80 10 - Complemento:
11 - Bairro: Nova cidade 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RA 14 - CEP: 69.300-000
15 - E-mail: JORJANE@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 98403-5060

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 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 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 01/10/2019, Boa Vista - RR

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 4 - Nome completo da vítima:
844.867.872-72 Teriane Rosa Belem

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

5 - Nome completo: Teriane Rosa Belem 6 - CPF: 844.867.872-72
7 - Profissão: autônoma 8 - Endereço: Rua: Floriano Rodrigues
9 - Número: 80 10 - Complemento:
11 - Bairro: Nova cidade 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RA 14 - CEP: 69.300-000
15 - E-mail: TROIRRE@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 98403-5060

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: 0250 X CONTA: 60892 0
(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 ☐ Viúvo 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 nascturo (vel 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 -
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 01/12/2019, Boa Vista - RR

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042724/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/12/2019 10:58 Data/Hora Fim: 02/12/2019 11:20
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 08/11/2019 18:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA TRÊS MARIAS

Bairro: Raiar do Sol

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|--|----------------------|
| 1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS | Não Houve |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSIANE ROSAS BELEM (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Manaus Sexo: Feminino Nasc: 04/12/1985
Profissão: Auxiliar de Serviços
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Marilda Gomes Rosas

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA FLORIANÓPOLIS
Bairro: NOVA CIDADE

Nº: 80

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| | |
|---|--|
| Grupo Veículo | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
| CPF/CNPJ do Proprietário 199.531.432-34 | Placa NAN6913 |
| Renavam 00302516042 | Número do Motor E3G8E-008068 |
| Número do Chassi 9C6KE1510B0008062 | Ano/Modelo Fabricação 2011/2011 |
| Cor VERMELHA | UF Veículo Roraima |
| Município Veículo Boa Vista | Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 E |
| Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 E | Veículo Adulterado? Não |
| Quantidade 1 Unidade | Situação Envolvido |
| Última Atualização Denatran 10/03/2011 | Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA |

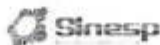
| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|---------------------|---------------|
| Josiane Rosas Belem | Depositário |

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL DESCRITO ACIMA, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA RUA TRÊS MARIA, SENTIDO > ESTRELA D'ALVA (ENTRE

Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 02/12/2019 11:21
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

13 FEV. 2020



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042724/2019

O NÚMERO 409 E 453), QUANDO AO TENTAR DESVIAR DE UM BURACO NA PISTA, FOI ATINGIDA POR UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE TRAFEGAVA NA MESMA RUA. QUE COM O IMPACTO ACABOU CAINDO E SOFRENDO LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O PÉS ESQUERDO E DEDO MÍNIMO DA MÃO ESQUERDA. QUE O OUTRO MOTOCICLISTA QUE NÃO SABE INFORMAR QUEM É, PRESTOU TODO O APOIO ATÉ A CHEGADA DO SAMU. QUE NÃO DESEJA FAZER QUALQUER REPRESENTAÇÃO CONTRA O REFERIDO MOTOCICLISTA. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURTO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 042000169
Responsável pelo Atendimento

Josiane Rosas Belem
(Vítima / Comunicante)

"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 del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



13 FEV. 2020

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

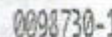
CLIENTE: JOSIANE ROSAS BELEM

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000000060892-0

Nr. da Autenticação 954AC9F0B7DC07F2



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

JUANDE ROSAS RELEN
2. FLORIANOWSKI IS. DE NOVA CITADE

| CONTAS A PAGAR | | | |
|--------------------------------|-----------|------------|--------|
| CONSUMO | | | |
| | 30 A R\$ | 0,267003 = | 8,01 |
| | 70 A R\$ | 0,457716 = | 32,04 |
| | 120 A R\$ | 0,686582 = | 52,38 |
| | 29 A R\$ | 0,762861 = | 22,12 |
| | 49,87 | | |
| SUBVENCAO BAIXA RENDA - | | | |
| CORRECAO MONETARIA DA 09/19-00 | | | 0,02 |
| CORR MONETARIA TCD (IG 3/24 | | | |
| MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00 | | | 0,76 |
| JUROS DE MORA POR ATR 09/19-00 | | | 0,19 |
| MULTA POR ATRASO 09/19-00 | | | 5,46 |
| PARCELAMENTO DE DEBITO 3/24 | | | 235,78 |
| JUROS DE MORA DE IMPO 09/19-00 | | | 2,09 |
| ILUMINACAO PUBLICA | | | 25,23 |

| Mês | Valor (R\$) |
|--------|-------------|
| MAR-18 | 225 |
| ABR-18 | 200 |
| MAI-18 | 175 |
| JUN-18 | 220 |
| JUL-18 | 240 |
| AGO-18 | 220 |
| SET-18 | 141 |
| OUT-18 | 163 |
| NOV-18 | 75 |
| DEZ-18 | 167 |
| JAN-19 | 249 |

| | | |
|---------|-----------|---|
| Mes/Ano | Valor R\$ | Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 21-11-2019. |
| 10/2019 | 345,53 | O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso. |

**MENSAGENS
IMPORTANTES**

**REAVISO DE
VENCIMENTO**

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER
A TARIFA RURAL (80% DTE SAN. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÊS
- 12,12% MÊS/1008 - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 28.10.2019.
Clique 08007719120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

| RESERVADO AO FISCO | | IMPOSTOS CONTRIBUIÇÕES | |
|---------------------|-----------|------------------------|----------|
| CORREÇÃO ANTECIPADA | | BASE DE CÁLCULO | |
| Energia: | Encargos: | ICMS: | 24,51 |
| Transmissão: | Tributos: | PIS: | 0,37665% |
| | | CORRE: | 1,00318% |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE | | | | | | |
|-------------------------------|------|-------|-------|------|-------|-------|
| | 2011 | | | 2012 | | |
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2011 | 2012 | 2013 |
| 1. Continuidade da gestão | 8,65 | 17,78 | 25,48 | 9,46 | 15,79 | 33,54 |
| 2. Continuidade da informação | 5,00 | 5,00 | 5,00 | 5,00 | 5,00 | 5,00 |

DISPERSION

47/215

TOTAL A PAGAR - R\$



VENCIMENTO

11/29/1

28-11-7210

137 201
 12 de Maio de 2011

2012 7 14 080075000 6 00000000093 4 73011119008



11. *WINTER*

DECLASS: 06/11/2019

T-ENTER, 1 04

| | |
|--------|--------|
| TOTAL: | 414.00 |
|--------|--------|

CARGA: 12.

07/02/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 12/2019 referente a UC: 1089153



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4296867

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

| | | |
|-------------------------|-------------------------|---|
| CÓDIGO ÚNICO 1089153 | MÊS 12/2019 | PERÍODO DE CONSUMO 25-NOV-19 a 24-DEC-19 |
| CONSUMO (kWh) 163 | VENCIMENTO 11-JAN-20 | TOTAL A PAGAR R\$ 177,05 |

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

| | | |
|-------------------------|----------------|-----------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO 1089153 | MÊS 12/2019 | TOTAL A PAGAR R\$ 177,05 |
|-------------------------|----------------|-----------------------------|

836000000015.770500750003.000000001081.915312190050



13 FEV. 2020

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Inácio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.001.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Josiane Rosas Belém inscrito (a) no CPF sob o Nº 847.867.872 72
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Josiane Rosas Belém
inscrito (a) no CPF sob o Nº 847.867.872 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

| | | |
|--|--------------------------|-----------------------------------|
| Endereço: <u>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u> | Número: <u>1832</u> | Complemento: _____ |
| Bairro: <u>Bunitos</u> | Cidade: <u>Boa Vista</u> | Estado: <u>RR</u> |
| E-mail: <u>ILAIRRR@HOTMAIL.COM</u> | CEP: <u>69-309-209</u> | Tel.(DDD): <u>(95) 98403-5060</u> |

Local e Data: Boa Vista - RR, 10/02/2020


Assinatura do Declarante

13 FEV. 2020