BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00522-3

CONTA: 000000058498-3

Nr. Autenticação
BRADESCO2911201905000000000023700522000000058498168750 PAGO

RORAIMA ENERGIA

Para contato conosco informe este número:

SEU CÓDIGO
0025728-1

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 003144039

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$)
JUNHO/2019	10/07/2019	250	224,95

CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS
AV NOSSA SRA NAZARE 1328 CAIMBE
CPF: 00001521721220
CEP: 69.312-165 - BOA VISTA ROT: 6.001.13.03.423400

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh
Atual:	20051	
Anterior:	19801	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	250	
Consumo Faturado:	250	FCAM

DATAS DA LEITURA	
Atual:	25/06/2019
Anterior:	28/05/2019
Próxima Leitura:	25/07/2019
Emissão:	24/06/2019
Apresentação:	25/06/2019

NORMAL | Dias: 28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2805328	N 1518169	1.1.1.2	320

HISTÓRICO kWh

Mês/ano	consumo
MAI/19	303
ABR/19	366
MAR/19	344
FEV/19	312
JAN/19	336
DEZ/18	281
NOV/18	387
OUT/18	351
SET/18	269
AGO/18	355

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 250 - 0.634626

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	250 A R$	0,773664 =	193,41
ILUMINACAO PUBLICA			31,54

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
05/2019	280,14

[illegible] ACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

[illegible]

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$	
Distribuição:	104,15
Energia:	0,00
Transmissão:	5,41
Encargos:	34,74
Tributos:	

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$	
Base de Cálculo:	17,00%
Alíquota ICMS:	32,87
Valor do ICMS:	0,33
Valor do PIS:	1,54
Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,00
0,00		0,00		0,00		

FLORESTA 04/2019 120,08

ROT: 6.001.13.03.423400

RORAIMA ENERGIA

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR

0025728-1 | 224,95
06/2019 | 10/07/2019
003144039 FCAM

[illegible]

RORAIMA ENERGIA

Para contato conosco informe este número

SEU CÓDIGO 0126055-3

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 003157436

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$)
JUNHO/2019	26/07/2019	229	221,19

RAQUEL DELL EUGENIO
AV BENTO BRASIL 248 CENTRO
CPF: 00005763937899
CEP: 69.301-050 - BOA VISTA

ROT: 12.001.02.11.603050

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	
Atual:	18818		
Anterior:	18589		
Constante de Multiplicação:	1,000		
Consumo Medido:	229		
Consumo Faturado:	229		FCAM

DATAS DA LEITURA	
Atual:	26/06/2019
Anterior:	29/05/2019
Próxima Leitura:	26/07/2019
Emissão:	25/06/2019
Apresentação:	26/06/2019

Tipo de Fornecimento: NORMAL | Fator de Potência | Dias de Consumo: 28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14TD80C03BN 16246		1.1.1.2	275

HISTÓRICO kWh

Mês/ano	consumo
MAI/19	272
ABR/19	343
MAR/19	253
FEV/19	255
JAN/19	191
DEZ/18	295
NOV/18	305
OUT/18	341
SET/18	283
AGO/18	202

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 229 - 0.634620

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	229 A R$ 0,773664 =	177,16
CORRECAO MONETARIA DA IL (2X)		0,24
CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)		3,45
MULTA POR ATRASO DE IL. (2X)		2,32
JUROS DE MORA POR ATRASO (2X)		0,37
MULTA POR ATRASO (2X)		9,33
JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X)		3,09
ILUMINACAO PUBLICA		25,23

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R$
07/2018 18,07

LIGUE 0800701912 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 1675.4B87.E113.7C06.9FFD.67B0.F4B5.15B6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$	
Distribuição:	44,99
Energia:	95,40
Transmissão:	0,00
Encargos:	4,95
Tributos:	31,82

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$	
Base de Cálculo:	177,16
Alíquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	30,11
Valor do PIS:	0,30
Valor do COFINS:	1,41

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Bairro: CENTRO | Período de Referência: 04/2019 | Leitura: 17:53

ROT: 12.001.02.11.603050

RORAIMA ENERGIA

SEU CÓDIGO 0126055-3

TOTAL A PAGAR – R$ 221,19

MÊS FATURADO 06/2019

VENCIMENTO 26/07/2019

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

Nº da Nota Fiscal: 003157436 FCAM

83650000002 8 21190075000 4 00000000126 3 05530619008 7

SEQ.: 00228 UC: 0126055-3 DT.LEIT.: 26/06/2019 T.ENTR.: 07
LEITURA: 18818 NORMAL TOTAL: 221,19 CARGA: 012

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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[1] 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[2].

[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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu TELVIA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.217.212 20,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.217.212 / 20, 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: AV. BENTO BRASIL			Número: 248	Complemento:
Bairro: CENTRO	Cidade: BOA VISTA		Estado: RR	CEP: 69.301-050
E-mail: confiancacst@hotmail.com				Tel.(DDD):

Local e Data: Boa Vista - RR, 07 de outubro de 2019.

Assinatura do Declarante

DLDPL 001 V001/2017

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.:

1901138953 22/07/2019 16:52:41

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 26

Paciente
CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

Data Nascimento **18/11/1952** | Idade **66 A 8 M 4 D** | CNS **700705480259480** | CPF **01521721220** | Prontuário

Tipo Doc **IDENTIDADE** | Documento **13162** | Órgão Emissor **SSP/RR** | Data Emissão **10/05/2016** | Sexo **F** | Estado Civil **SOLTEIRO(A)** | Raça/Cor **PARDA** | Naturalidade **BOA VISTA - RR** | Nacionalidade **BRASILEIRA**

Mãe
ANA HERMINIA VIEIRA DOS SANTOS

Pai
FILICIANO ANCELMO DOS SANTOS

Contato
(95) 99165-6356

Endereço
AVENIDA - NOSSA SENHORA DE NAZARE - 1328 - CAIMBE - BOA VISTA - RR

Ocupação
APOSENTADO

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: **EDLANA.BRIGLIA**

Queixa Principal

( ) Síndrome Febril ( ) Sintomático Respiratório ( ) Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

( ) RAIO -X ( ) ULTRA-SON ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) EQG ( ) OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

Patrick Rabelo José
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RR 1383 RQE 184

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
12 SET 2019
Certifico e dou fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

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 ( ) IML Anatomia Patológica ___/___/___ ___:___:___

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: **edlana.briglia**
Data Hora: **22/07/2019 16:53:47**

1901138953

D

Salto 26.07.19

BLOCO D

SUS | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde

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: Clezia Julia

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 173754

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7 | 0 | 4 | 0 | 7 | 0 | 5 | 4 | 8 | 0 | 2 | 5 | 9 | 4 | 8 | 0

8 - DATA DE NASCIMENTO: 18/11/52

9 - SEXO: F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Ana Herminia Vieira dos Santos

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 9 | 5 | Nº DO TELEFONE 9 | 9 | 4 | 0 | 5 | 6 | 3 | 5 | 6

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Av N. S. da Nazare 1328 Loiméa

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: BV

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF: RR

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente com fratura do plato tibial (D)

18 - [illegible] DA INTERNAÇÃO: TTO cirúrgico.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): EF + Rx

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/Nº
Novo Planalto Tel: (95) 4121-0620
AUTENTICAÇÃO
12 SET. 2019
Certifico e dou fé que o presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado nesse Hospital

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Fratura Plato tibial (D)

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: Dr. Pedro

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 23/07/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Pedro Silovanni Cirurgião Dermatologista CRM/RR 884

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA | 37 - Nº DO BILHETE | 38 - SÉRIE

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 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - TIPO DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF | 45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 23/7/19

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0308010019

T068

S821

W499

Maca 1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Olegio Julio.				
AGNÓSTIC	Fx Tibia tibial				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	22-07-19.

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE P/ DM e HAS.	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N SUSP.	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H .	06-12-18-24
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA SN	06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	22-06-14
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H > SUSP.	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H	Raiana
14	CURATIVO DIÁRIO	Raiana
15	Lantus 50 u VO 1x/dia	08
16	Metamina 850 g VO a cada	22
17	Cefuroxima 08 g VO 1x/dia.	06
18		
19		
20		
21		

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel: (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
12 SET 2019
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que me foi apresentado neste Hospital

EVOLUÇÃO MEDICA:
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO : RX: # CONDUTA : MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :
PREVISÃO DE ALTA :

Dr. Pedro Di...
Ortopedista ...

06:h PA= 110x66 D= 73 T= 36,5°

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	+
12 H				
18 H	142x79	86		
24 H	105x67	73	—	36,5°C

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SSVV: 19:40
FC= 82 BPM
FR= 20 RPM
PA= 150x80 MMHG
SPO2= —
TAX= 36,9°C

Dextro 23,h 62 mg/dl
ed 40 de 6/H 25%

06:h Dext= 100 mg/dl

NIR
Regulado
para leito
BLD - 01
Regulação Interna
Paulinha

402-4

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

DATA DE ADMISSÃO	22/07/2019	DIH		DN	18/11/1952
PACIENTE	**CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS**				
AGNÓSTICO	**FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO**				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	**66**	LEITO	**402-4**	DATA	**24/07/2019**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNG
2	AVP	mark
3	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
4	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	SSVV + CCGG 6/6 H	rotin
10	CURATIVO DIÁRIO	curativo
11		
12		
13		
14		
15		
16		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: **2UI**; 251-300: **4UI**; 301-350: **6UI**; 351-400: **8UI**; ≥ 400: **10 UI** E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	126/80	72	S/R	36.0
18 H	124/73	55	S/R	36.2
24 H	104/69	69	S/R	36,2
06	113/64	72	S/R	36,4°C

402-4

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

DATA DE ADMISSÃO	22/07/2019	DIH		DN	18/11/1952
PACIENTE	CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS				
AGNÓSTIC	FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	66	LEITO	MACA 1	DATA	23/07/2019

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	AVP	manter
3	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
4	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	SN
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina m
10	CURATIVO DIÁRIO	
11		
12		
13		
14		
15		
16		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: **2UI**; 251-300: **4UI**; 301-350: **6UI**; 351-400: **8UI**; ≥ 400: **10 UI** E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

Coleta de Exame: HGR
Data 24/07/19
05:05
coleta

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TAX
12 H	102/62	68	20	35.9
18 H	138X73	66	-	35.8
24 H	124/76	72	S/R	36.5
06	121/82	69	S/R	36.4

Carlos E... La Rosa
CR... 463

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCO NEUROLÓGICO

Data: Enfermaria: Leito:

Bloco: DN: / / Sexo: ( ) F ( ) M

Nome Completo:

Hipótese Diagnóstica:

Isolamento ou Precaução: ( ) Sim ( ) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerosol ( ) Gotícula - perdigotos

Alergia: ( ) Sim ( ) Não Qual (is):

Necessidade de Intérprete? ( ) Sim ( ) Não Qual idioma:

Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não Obs:

Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante

SISTEMA NEUROLÓGICO

( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado
( ) Sedado ( ) Torposo ( ) Comatoso
( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage

PUPILAS

( ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriática
( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

( ) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico
( ) Febril ( ) Febre ( ) Pirexia
( ) Hiperpirexia

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Pessecada
( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hipercorada
( ) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica
( ) Acianótica ( ) Edema Local:

Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não

Região:

Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO

SISTEMA CARDIOVASCULAR

( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC:
( ) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA:
( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arrítmico Pulso:

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT

Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial

Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia
( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena

Flatos ( ) Presente ( ) Ausente

REGULAÇÃO ABDOMINAL

( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Escavado
( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico
Ruídos hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente
Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria
( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria
( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen

SISTEMA RESPIRATÓRIO

( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia
Oxigenoterapia ( ) Sim ( ) Não Qual:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES

Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não Local: Data: Trocar em:
Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não Local: Curativo realizado em: Trocar em:
Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não
Sondas: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sifonagem
Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade:
Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não Data da Instalação: Trocar em:
Prótese: ( ) Sim ( ) Não Tipo: Local:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

( ) Deglutição prejudicada
( ) Risco de infecção
( ) Risco de nutrição desequilibrada
( ) Risco de glicemia instável
( ) Risco de desequilíbrio do volume
( ) Volume de líquidos excessivo
( ) Volume de líquidos deficiente
( ) Padrão respiratório ineficaz
( ) Ventilação espontânea prejudicada
( ) Mobilidade física prejudicada
( ) Risco de integridade da pele prejudicada
( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
( ) Padrão de sono prejudicado
( ) Déficit no autocuidado para Higiene
( ) Risco de Lesão por Pressão
( ) Risco de Quedas
( ) Risco de Broncoaspiração
( ) Eliminação urinária prejudicada
( ) Risco de constipação
( ) Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinisado	
Não	0	Não	0
Sim	25	Sim	20
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação	
Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Sim	15	Fraca	10
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante	20
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0	6. Estado Mental	
Muleta/Bengala/Andador	15	Orientado/limitado/conhece as limitações	0
Mobiliário Parede	30	Superestima capacidade/Esquece limitações	15
TOTAL:	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Alto: maior que 45

Prescrição para prevenção da queda no verso

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F

D Data: 24.07.19 Enfermaria: 402 Leito: 4

Nome Completo: Flávia Julia Viana dos Santos Sexo: (X) F ( ) M

Hipótese Diagnóstica: fratura platô tibial D

Isolamento ou Precauções: ( ) Sim (X) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - parágotas

Alergia: ( ) Sim (X) Não Qual (is):

Necessidade de Intérprete? ( ) Sim (X) Não Qual idioma:

Pessoa acompanhante: (X) Sim ( ) Não Obs:

Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação ( ) Acamado (X) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante

SISTEMA NEUROLÓGICO

(X) Consciente (X) Orientado ( ) Desorientado
( ) Sedado ( ) Torposo ( ) Comatoso
( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage

PUPILAS

( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriática
( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

(X) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico
( ) Febril ( ) Febre ( ) Pirexia
( ) Hipopirexia

CARACTERÍSTICAS DA PELE

(X) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada
(X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hipercorada
(X) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica
(X) Acianótica ( ) Edema Local:
Ulceras por pressão: ( ) Sim (X) Não
Negras:
Curativo realizado: ( ) Sim (X) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO

SISTEMA CARDIOVASCULAR

(X) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC:
(X) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA:
( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arrítmico Pulso:

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

(X) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT
Aceitação da dieta: (X) Sim ( ) Não ( ) Parcial
Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia
( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente

REGULAÇÃO ABDOMINAL

( ) Normotenso ( ) Distendido (X) Globoso ( ) Flácido
( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico
Ruídos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente
Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

(X) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria
( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria
( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen.

SISTEMA RESPIRATÓRIO

( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico (X) Ar ambiente ( ) Traqueostomia
Oxigenoterapia ( ) Sim (X) Não Qual:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES

Cateter Periférico: (X) Sim (X) Não Local: Data: Trocar em:
Cateter Central: ( ) Sim (X) Não Local: Curativo realizado em: Trocar em:
Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não
Sondas: ( ) Sim (X) Não ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sifonagem
Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade:
Cateter Vesical: ( ) Sim (X) Não Data da Instalação: Trocar em:
Prótese: ( ) Sim (X) Não Tipo: Local:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

( ) Deglutição Prejudicada
( ) Risco de Infecção
( ) Risco de nutrição desequilibrada
( ) Risco de glicemia instável
( ) Risco de desequilíbrio do volume
( ) Volume de líquidos excessivo
( ) Volume de líquidos deficiente
( ) Padrão respiratório ineficaz
( ) Ventilação espontânea prejudicada
(X) Mobilidade física prejudicada
( ) Risco de integridade da pele prejudicada
( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
( ) Padrão de sono prejudicado
( ) Déficit no autocuidado para Higiene
( ) Risco de Lesão por Pressão
(X) Risco de Quedas
( ) Risco de Broncoaspiração
( ) Eliminação urinária prejudicada
( ) Risco de constipação
( ) Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	
Não	0	Não	0
Sim	25	Sim	20
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação	
Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Sim	15	Fraca	10
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante	20
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0	6. Estado Mental	
Muleta/Bengala/Andador	15	Orientado/limitado/conhece as limitações	0
Mobiliário Parede	30	Superestime capacidade/Esquece limitação	15
TOTAL: 60	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Alto: maior que 45

Prescrição para prevenção de queda no verso

Risco de quedas

Fisioterapeuta Ortopedia
COFFITO-RP 353.402 - ENF

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F

Bloco: Data: Enfermaria: Leito:

Nome Completo: DN: / / Sexo: ( ) F ( ) M

Hipótese Diagnóstica:

Isolamento ou Precaução: ( ) Sim ( ) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - pardigotos

Alergia: ( ) Sim ( ) Não Qual (is):

Necessidade de Intérprete? ( ) Sim ( ) Não Qual idioma:

Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não Obs:

Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante

SISTEMA NEUROLÓGO

( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado
( ) Sedado ( ) Torposo ( ) Comatoso
( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage

PUPILAS

( ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriática
( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

( ) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico
( ) Febril ( ) Febre ( ) Pirexia
( ) Hiperpirexia

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada
( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hipercorada
( ) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica
( ) Acianótica ( ) Edema Local:
Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não
Região:
Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO

SISTEMA CARDIOVASCULAR

( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC:
( ) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA:
( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arrítmico Pulso:

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT
Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial
Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia
( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente

REGULAÇÃO ABDOMINAL

( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido
( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico
Ruídos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente
Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria
( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria
( ) Cistostomia ( ) Irrigação continua ( ) Uropen

SISTEMA RESPIRATÓRIO

( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( )Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia
Oxigenoterapia ( ) Sim ( ) Não Qual:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES

Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não Local: Data: Trocar em:
Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não Local: Curativo realizado em: Trocar em:
Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não
Sondas: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sifonagem
Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade:
Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não Data da Instalação: Trocar em:
Prótese: ( ) Sim ( ) Não Tipo: Local:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

( ) Deglutição Prejudicada
( ) Risco de Infecção
( ) Risco de nutrição desequilibrada
( ) Risco de glicemia instável
( ) Risco de desequilíbrio do volume
( ) Volume de líquidos excessivo
( ) Volume de líquidos deficiente
( ) Padrão respiratório ineficaz
( ) Ventilação espontânea prejudicada
( ) Mobilidade física prejudicada
( ) Risco de integridade da pele prejudicada
( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
( ) Padrão de sono prejudicado
( ) Déficit no autocuidado para Higiene
( ) Risco de Lesão por Pressão
( ) Risco de Quedas
( ) Risco de Broncoaspiração
( ) Eliminação urinária prejudicada
( ) Risco de constipação
( ) Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinisado	
Não	0	Não	0
Sim	25	Sim	20
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação	
Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Sim	15	Fraca	10
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante	20
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0	6. Estado Mental	
Muleta/Bengala/Andador	15	Orientado/limitado/conhece as limitações	0
Mobiliário Parede	30	Superestima capacidade/Esquece limitação	15
TOTAL:	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Alto: maior que 45

Prescrição para prevenção de queda no verso

4 202-24

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

HGR Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO	22/07/2019	DIH		DN	18/11/1952
PACIENTE	CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	66	LEITO	402-4	DATA	23/07/2019

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
3	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
4	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	SSVV + CCGG 6/6 H	
10	CURATIVO DIÁRIO	
11		
12		
13		
14		
15		
16		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: **2UI**; 251-300: **4UI**; 301-350: **6UI**; 351-400: **8UI**; ≥ 400: **10 UI** E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FISICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

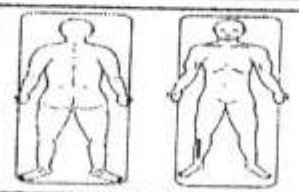
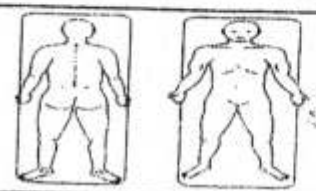
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
~~12 H~~	120x67	72	18	35,7
18 H	100x60	72	18	36,1
24 H	99x64	70	—	36,2
06	107x60	77	—	35,6

Dr. Fernando Rezende

07 as 19h Pac refere não evacuar a 4 dias. Realizado curativo pela equipe responsável. As 13:30 foi encaminhada p/ T.C. Tórax

Maria do Rosário Araújo
Enfª em Ortopedia e Traumatologia
COREN/RR 156.431-TE

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: Ilesia Julia Vieira dos Santos			
	Leito: 402-4		Data: 25/07/19	

Localização	 Região: M.I.D Grau: I (X) II ( )	 Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X)Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 ( )Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Leiva Jurilene Gomes de Lima Técnico de Enfermagem COREN PE 389 805	
Observações:		

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

HGR Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO	22/07/2019	DIH		DN	18/11/1952
PACIENTE	CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	66	LEITO	402-4	DATA	26/07/2019

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
3	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
4	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	SSVV + CCGG 6/6 H	
10	CURATIVO DIÁRIO	
11		
12		
13		
14		
15		
16		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: **2UI**; 251-300: **4UI**; 301-350: **6UI**; 351-400: **8UI**; ≥ 400: **10 UI** E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel.(95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
12 SET 2019
Certifico que a presente cópia é fiel reprodução Original apresentado neste Hospital

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

- Celte, tle consumo
- Completar ne fich

FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JUNIOR - CRM 365/RR
Av. Nossa Senhora da Consolata 597 - CEP 69.300-000 - Boa Vista/ RR
Fone:(95) 98111 7525 - E-mail: fariasrr2005@gmail.com

Laudo Médico

Elesia Julie Vieira dos Santos, C.I. 13162 SSP/RR, Vitima de acidente automobilistico, com fratura do platô tibial, conforme ficha de atendimento 1921138953 P.S Francisco Ribeiro, com indica. cção de cirurgia ortopedica. Periciande informa que ficou hospitalizado por 5 dia, sendo dado alta, sem cirurgia devido falta de material devido crise na saúde do Estado de Roraima.

Periciande apresenta marcha claudicante à direita, limitação para hiperextensão, flexão, rotação interna e externa, redução de força e mobilidade do joelho direito, comprometendo atividades laborativas com membro inferior direito.

Conclusão: Periciande com sequela funcional permanente de membro inferior direito.

Boa Vista, 06/11/2019

Dr. Francisco F. Farias
CRM: 365-RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **13162**

DATA DE EXPEDIÇÃO **27/07/2018**

NOME
CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO
FILICIANO ANCELMO DOS SANTOS
ANA HERMINIA VIEIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO
18/11/1952

DOC. ORIGEM
CERTD NASC 07720 FLS 191 LIV 35
BOA VISTA-RR

CPF
015.217.212-20

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscopista da Polícia Civil
Diretor do IIOC

P1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 524555-9

DATA DE EXPEDIÇÃO 30/01/2017

NOME
TELVIA SANTIAGO GUEDES

FILIAÇÃO
EDMILSON JOSÉ SANTIAGO
TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE
SANTARÉM - PA

DATA DE NASCIMENTO
18/11/1970

DOC. ORIGEM
CERTD CAS 353 FLS 153 LIV B 02
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF
739.248.066-91

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscopista da Polícia Civil
Diretor do IIDC

1 VIA

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DENATRAN

CONTRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

Nº 013975603002

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	00200156764		2019

NOME: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS — RR

CPF / CNPJ	PLACA
015.217.212-20	NAM9703

PLACA ANT. / UF	CHASSI
	9C2JC4220AR321181

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTONETA/NAO APLIC.	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/BIZ 125 ES	2010	2010

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0124CC/	PARTICU	ROSA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
PAGO	*PAGO*	1ª ********
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª ********
** PAGO COTA UNICA **		3ª ********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
	R$0.32	R$84.58	17/05/2019

DPVAT OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR DA AMAZONIA *

PAGAMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL	DATA
BOA VISTA-RR	23/05/2019

Clesia Correa Brasil
Diretor Presidente Interino
DETRAN-RR

EXPEDIDOR

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

RR Nº 013975603002 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

015.217.212-20

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	23/05/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	015.217.212-20	NAM9703

RENAVAM	MARCA / MODELO
00200156764	HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2010		9C2JC4220AR321181

PRÊMIO TARIFÁRIO

DNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
R$36.05	R$4.01	R$40.06

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	VALOR TOTAL PAGO DO SEGURO (R$)
R$4.15	R$0.32	R$84.58

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	17/05/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

OUT / 2017

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354726/19

Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

Data do acidente: 22/07/2019

CPF: 015.217.212-20

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS : 015.217.212-20

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: 11/10/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190580143 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO.

Descrição do exame físico: JOELHO D: SINAIS DE ARTROSE + COMPROMETIMENTO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO MEMBRO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM OUTUBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/11/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO JOELHO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190580143 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO.

Descrição do exame físico: JOELHO D: SINAIS DE ARTROSE + COMPROMETIMENTO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO MEMBRO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM OUTUBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/11/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO JOELHO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190580143 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO.

Descrição do exame físico: JOELHO D: SINAIS DE ARTROSE + COMPROMETIMENTO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO MEMBRO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM OUTUBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/11/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO JOELHO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190580143 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. P2(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190580143 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. P2(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

PROCURAÇÃO

Outorgante: , CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS , portador (a) do RG nº 13162 SSP/RR, , brasileira, solteira, aposentada, inscrito no CPF: nº 015.217.212-20 , residente na AV: Nossa Senhora de Nazaré nº 1328 Bairro: Caimbé, Boa Vista- RR CEP 69.312-165 , Tel.: (95) 3625-3970.

VITIMA: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS CPF Nº **015.217.212-20 DO SINISTRO:**.22/07/2019

NATUREZA: INVALIDEZ

Outorgada: TELVIA SANTIAGO GUEDES, Brasileira, Casada, Empresária, **RG nº** 5245559 SSP/RR, **Data de Emissão:** 30/01/2017 e **CPF nº** 739.248.066-91, Cujo endereço é: **Rua Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, CEP 69.301-050, Telefone: (95) 98118-1200.**

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.

Boa Vista-RR, 13 de setembro de 2019.

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

DANIEL AQUINO

143708.5d84d8ce88683
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"1/CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS"
143.708

Em testemunho da verdade. WBS
Do que dou fé. Boa Vista/RR, 20 de setembro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalselorr.com.br
RECFIR16629620ST4PBMG0JW0613 /

Emolumentos:R$ 2,45 Fundos/ISS:R$ 0,55 SELO:R$ 1,50 Total:R$ 4,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354726/19

Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

Data do acidente: 22/07/2019

CPF: 015.217.212-20

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS : 015.217.212-20

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: 11/10/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354726/19

Número do Sinistro: 3190580143

Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

Data do acidente: 22/07/2019

CPF: 015.217.212-20

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 12/11/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

_____

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

_____

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

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

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190580143

Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

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

Pag. 01833/01834 - carta_01 - INVALIDEZ
00030917

Carta nº 14956364

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

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190580143

Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.

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

Pag. 00479/00480 - carta_03 - INVALIDEZ
00080240

Carta nº 14964538

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

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190580143

Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00939/00940 - carta_02 - INVALIDEZ
00060470

Carta nº 15115707

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

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190580143 **Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: 22/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Pag. 00801/00802 - carta_15R - INVALIDEZ

00040401

Recebedor: **CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **237**
Agência: **000000522-3**
Conta: **000000058498-3**
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,

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:	4 - Nome completo da vítima:
	015.217.212-20	CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:			6 - CPF:
CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS			015.217.212-20
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
APOSENTADA	AV. NOSSA SENHORA NAZARÉ	1328	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
CAIMBÉ	BOA VISTA	RR	69.312-165
15 - E-mail: confiancacst@hotmail.com			16 - Tel.(DDD): (95) 98118-1200

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)

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

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0522 (3) (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 0058498 (3) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 07 de outubro de 2019.

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
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 026916/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/08/2019 12:44 Data/Hora Fim: 23/08/2019 13:03
Delegado de Polícia: Francilene Lima Hoffmann de Vargas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 22/07/2019 16:10

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: AV. CONSOLATA Bairro: Centro
Nº: 897

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 18/11/1952
Profissão: Aposentado
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Ana Herminia Vieira dos Santos Nome do Pai: Filiciano Angelino dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 015.217.212-20
RG - Carteira de Identidade: 13162

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: AV. NOSSA SENHORA DE NAZARÉ
Bairro: CAIMBÉ Nº: 1328
Telefone: (95) 3625-3970 (Residencial)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo **Subgrupo** Outros veículos
Descrição VEICULO **Veículo Adulterado?** Não
Quantidade 1 Unidade **Situação** Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

Grupo Veículo **Subgrupo** Motocicleta/Motoneta

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 026916/2019

Descrição MOTOCICLETA
Placa NAM9703
Número do Motor JC42E2A321181
Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
UF Veículo Roraima
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

CPF/CNPJ do Proprietário 015.217.212-20
Renavam 00200156764
Número do Chassi 9C2JC4220AR321181
Cor ROSA
Município Veículo Boa Vista
Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Quantidade 1 Unidade
Última Atualização Denatran 24/12/2018

Nome Envolvido	Envolvimentos
Clesia Julia Vieira dos Santos	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

COMUNICA QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA PELA AV. CONSOLATA QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO VEIO RÉ E COLIDIU COM SUA MOTOCICLETA, ONDE A COMUNICANTE VEIO A CAIR E LESIONAR GRAVEMENTE SEU JOELHO DIREITO. É O RELATO. PEDE PROVIDÊNCIAS.

ASSINATURAS

Elinelson Aguiar Dos Santos
Agente de Polícia
Matrícula 42000746
Responsável pelo Atendimento

Clesia Julia Vieira dos Santos
(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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 12/09/2019 às 10:35
Jefferson Aguiar
Agente de Polícia Civil
Mat 042000908

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do registro do ASE:	3 - CPF da vítima: 015.217.212-20	4 - Nome completo da vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS — 6 - CPF: 015.217.212-20

7 - Profissão: APOSENTADA — 8 - Endereço: AV. NOSSA SENHORA NAZARÉ — 9 - Número: 1328 — 10 - Complemento:

11 - Bairro: CAIMBÉ — 12 - Cidade: BOA VISTA — 13 - Estado: RR — 14 - CEP: 69.312-165

15 - E-mail: confiancacst@hotmail.com — 16 - Telefone(s): (95) 98118-1800

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-ME A INFORMAR — ☐ R$ 1,00 A R$ 1.000,00 — ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00

☐ SEM RENDA — ☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 9.500,00 — ☐ ACIMA DE R$ 9.500,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale o mesmo)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐☐ (informar o dígito verificador) CONTA: ☐☐ (informar o dígito verificador)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0532 3 (informar o dígito verificador) CONTA: 0058498 3 (informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titular, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu fizer jus, reconhecendo e dando, desde já, como firme e valioso após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou ciente do dever de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de pagamento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente. Em razão de (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Declaro, ainda, estar ciente do prazo prescricional de 3 (três) anos, previsto no art. 206, § 3º, inciso IX, do Código Civil Brasileiro, para o ajuizamento de ação de cobrança indevida de valores do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, contado desde a data em que a lesão permanente for conhecida pela vítima, conforme súmula 278/STJ, e, ainda, do prazo decadencial de 120 (cento e vinte) dias, previsto no art. 19, § 1º, do Código de Defesa do Consumidor, para reclamar por vícios aparentes ou de fácil constatação, conforme súmula 405/STJ, e, ainda, do prazo de 2 (dois) anos, previsto no art. 19, § 2º, do Código de Defesa do Consumidor, para reclamar por vícios ocultos, sendo este último contado a partir do momento em que ficar evidenciado o defeito, conforme súmula 412/STJ, e, ainda, do prazo de 5 (cinco) anos, previsto no art. 27 do Código de Defesa do Consumidor, para pretensões decorrentes da responsabilidade pelo fato do produto e do serviço, quando o consumidor for conhecido, além de outros prazos decadenciais e prescricionais previstos em lei, bem como declaro estar ciente de que a Seguradora Líder poderá solicitar a devolução de valores pagos indevidamente, caso eu deixe de cumprir com o disposto na Circular SUSEP nº 445/2012, em seu art. 3º, §1º, conforme o qual este formulário não gera direito a prévio conhecimento ou anuência da Seguradora Líder quanto à veracidade das informações prestadas, cabendo a mim, exclusivamente, a responsabilidade pela veracidade e exatidão das informações prestadas neste formulário, sob as penas da lei.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no RM) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo — 25 - Data do óbito da vítima:

26 - Grau de Parentesco com a vítima: — 27 - Vítima deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não — Se sim, informe o nome completo:

28 - Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não — 29 - Se sim, e filhos, informar Vivos: Falecidos: — 30 - Vítima deixou descendente(s)? ☐ Sim ☐ Não — 31 - Vítima deixou irmãos? ☐ Sim ☐ Não — 32 - Se sim, e irmãos, informar Vivos: Falecidos: — 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder exigirá, caso deseja, a habilitação do Seguro DPVAT por meio de todos os beneficiários que se apresentarem e provarem este condição, mesmo que ainda não tenha sido requerido judicialmente o inventário ou arrolamento, sob pena de responder por qualquer omissão ou declaração falsa ou inexata, além de responsabilidade civil e criminal, por violação do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão Datiloscópica

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR, 01 de outubro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário(a) (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190580143
Nome do(a) Examinado(a): Clesia Julia Vieira dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Av Ns de Nazare, 1328 C Imbe R
Caimbe Caimbe RR CEP: 69312-165
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RR] 13162
Data local do acidente: [22/07/2019]
Data local do exame: [25/11/2019] BOA VISTA [RR]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO E CONSEQUENTE TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM OUTUBRO DE 2019
Complicações: JOELHO D: SINAIS DE ARTROSE + COMPROMETIMENTO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO MEMBRO
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
JOELHO D: SINAIS DE ARTROSE + COMPROMETIMENTO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO MEMBRO

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim ( ) Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim ( ) Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
JOELHO D: SINAIS DE ARTROSE + COMPROMETIMENTO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO MEMBRO

Caso a resposta do item V seja "“Não"”, concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Direito
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

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

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

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Regina Claudia R. M. Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
CPF - 378.315.502-91
CRM/RR - 1032

Nome: Alessia Julia Vieira dos Santos ID: 66 sexo: fem.

PREFEITURA BOA VISTA

FICHA DE ATENDIMENTO Nº 1385

EQUIPE SAMU BV

UNIDADE: BRAVO I EQUIPE: Márcio + Anisio + Augusto

SAMU 192

Paciente: Alessia Julia Vieira dos Santos Idade: 16 Sexo: fem.

Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [X] Amarela [ ] Indígena-Etnia

Endereço: Av. Nossa Senhora da Consolata nº: 897 Bairro Centro.

via pública.

Nº 12325 DATA 22/07/2019. HORA J/9: 15:50 BASE (X) VIA ( ) ( ) RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): Dra Luciana. HORA J/10: 16:20. (X) CELULAR

MOTIVO INICIAL: Carro x moto.

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) | 1 a 3 horas ( ) | 4 a 24 horas ( ) | Mais de 24 horas ( ) | Não sabe ( )

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- [X] Acidente de trânsito
- [ ] Agressão física / espancamento
- [ ] Agressão física – FAF
- [ ] Agressão física – FAB
- [ ] Urgência psiquiátrica
- [ ] Tentativa de suicídio
- [ ] Envenenamento
- [ ] Afogamento
- [ ] Queimadura
- [ ] Choque elétrico
- [ ] Queda
- [ ] Urgência clínica
- [ ] Urgência obstétrica
- [ ] Transferência
- [ ] Exame complementar
- [X] Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
[ ] Pedestre	[ ] A pé	[X] Automóvel	[X] Capacete
[ ] Condutor	[ ] Automóvel	[ ] Motocicleta	[ ] Cinto de segurança
[X] Passageiro	[X] Motocicleta	[ ] Ônibus	[ ] Airbag
[ ] Ignorado	[ ] Bicicleta	[ ] Micro-ônibus	[ ] Assento para criança
	[ ] Ônibus	[ ] Bicicleta	
	[ ] Micro-ônibus	[ ] Animal	
	[ ] Outro	[ ] Outro	

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
[X] Livre	[ ] Apnéia	[ ] Bradicardico	[ ] Miose
[ ] Obstrução Parcial	[ ] Dispnéia	[ ] Taquicardico	[ ] Midriase
[ ] Obstrução Total	[ ] Bradpnéia	[ ] Enchimento capilar acima de 2"	[ ] Anisocoria [ ] D [ ] E
[ ] Corpo estranho	[ ] Taquipnéia	[ ] Pulso radial ausente	[ ] Aparentemente Alcoolizado
[ ] Outro:	2	[ ] Pulso central ausente	[ ] Agitação psicomotora
		[ ] Cianose central [ ] Extremidade	

SINAIS VITAIS E ESCORES

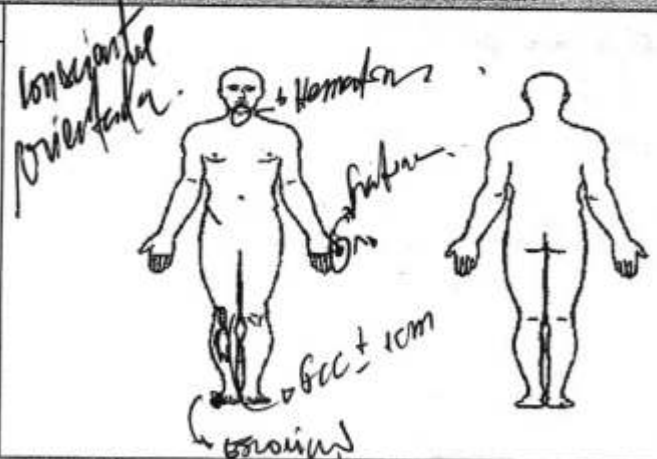
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O_2 %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 16:31	140x90	93	20	97%		133 mg/dl	10	15
Fim 16:49	130x80	100		99%				

AVALIACAO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA

1 – Dor
2 – Hematoma
3 – Contusão
4 – Escoriação
5 – Laceração
6 – Luxação
7 – Fratura fechada
8 – Fratura exposta
9 – Amputação
10 – Evisceração
11 – Afundamento de crânio
12 – Ferimento penetrante
13 – Tórax instável
14 – Enfisema subcutâneo
15 – Ferida aspirativa
16 – Empalamento
17 - Outros



ABERTURA OCULAR
4 – Espontânea
3 – Ao comando
2 – À dor
1 – Sem resposta

RESPOSTA VERBAL
5 – Orientado
4 – Confuso
3 – Palavras inapropriadas
2 – Palavras incompreensíveis
1 – Sem resposta

RESPOSTA MOTORA
6 – Obedece a comandos
5 – Localiza a dor
4 – Movimento de retirada
3 – Flexão anormal
2 – Extensão anormal
1 – Sem resposta

15

AVALIAÇÃO CARDÍACA

- [X] Ritmo Sinusal
- [ ] Taquicardia Sinusal
- [ ] Flutter Atrial
- [ ] Fibrilação atrial
- [ ] FV
- [ ] TV
- [ ] AESP
- [ ] Assistolia

AFECÇÃO CLÍNICA

- [ ] Neurológica
- [ ] Respiratória
- [ ] Cardiovascular
- [ ] Digestiva
- [ ] Metabólica
- [ ] Infecciosa
- [X] Trauma

HISTÓRIA PEGRESSA

- [X] Diabetes
- [ ] Cardiopatia
- [ ] HAS
- [X] Alergias
- [ ] Outros
- [X] Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA [ ] Ileso [X] Pequena [ ] Média [ ] Severa [ ] óbito

Dr. Luiz Fernando Junges
Cirurgião Geral
CRM/RR 1583

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
Em 23/08/19

INCIDENTES

- [ ] Cancelamento
- [ ] Recusa de Atendimento / [ ] Hospitalização
- [ ] Não se encontrava no local
- [ ] Óbito

MEIOS ACIONADOS

- [ ] Polícia Militar
- [ ] Guarda Municipal
- [ ] SMTRAN
- [ ] Bombeiro
- [ ] Outros: Stefanie

PERTENCES DO PACIENTE

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

TERMO DE RECUSA

Declaro para os devidos fins que estou **recusando** o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ **RG:** _____

TESTEMUNHA 02: _____ **RG:** _____

GESTANTE

Idade Gestacional:	[ ] Movimentos fetais presentes	[ ] Partes fetais na vulva
Perda de líquido:	[ ] Contrações entre 3-5 min.	[ ] Com cartão da gestante
BCF:	[ ] Contrações com duração > 30s	[ ] Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

[ ] Aspiração	[ ] Máscara laríngea	[ ] Monitorização cardíaca	[ ] Imobilização de fraturas
[ ] Cânula de Guegel	[ ] Guia de introdução Bougie	[X] Colar cervical	[X] Curativos
[ ] Cateter nasal: ___ L/min	[ ] Cricotireostomia cirúrgica	[X] Headblock	[ ] Parto vaginal
[ ] Máscara facial: ___ L/min	[X] Oximetria	[X] Prancha longa	[ ] Cesárea de emergência
[ ] Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	[ ] Dreno de tórax	[X] Tirantes	]Imobilização de luxação
[ ] Intubação orotraqueal	[ ] Descompressão torácica	[ ] KED	[ ] Outros:
[X] Acesso venoso Gelco nº_____	[X] Acesso venosso Scalp nº_____	[ ] Acesso intraósseo	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

22/07/2019 - 16:10 - A Bga foi acionada via Central 192 HB para atender a uma ocorrência de pertence traumática no Bairro Centro. Ao chegar no local foi constatado o nível de consciência diminuído, orientado em 3 esferas, foi apresentado sinais vitais com alterações nos picos vitais; conversado a medico regulador para avaliar 2 ordenamentos para a gravidade do trauma do HGR; medicamento.

1 Cx de luva procedimento (M).
1 Cx de Kit. 250
1 Cx de pacote compressa estéril
1 Cx de pote gaze estéril.

SAMU 192 BV
CONFERE COM O ORIG.
Em 23 / 08 / 19
Stephanie
Rubrica

Márcia Clobe da Silva Pereira
Téc. Enfermagem
COREN-RR 814-545

Assinatura e carimbo do profissional