LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

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: 650.433.832-91
4 - Nome completo da vítima: Telma Ana Jorge da Silva

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: Telma Ana Jorge da Silva
6 - CPF: 650.433.832-91
7 - Profissão: Serviços Gerais
8 - Endereço: R. Adulto Cadente
9 - Número: 730
10 - Complemento:
11 - Bairro: Kauan do Sol
12 - Cidade: Boa Vista
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69.316-074
15 - E-mail:
16 - Tel (DDD): 95991 13-3855

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: 1383 8 (Informar o dígito se existir) CONTA: 0611707 4 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO:

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

PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data, Boa Vista RR 02 de Março de 2020

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
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042566/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/12/2019 06:57 Data/Hora Fim: 01/12/2019 07:18
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: I 811373 Data: 30/11/2019
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 30/11/2019 13:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Dos Estados
Logradouro: AV AMAZONAS COM AV RIO GRANDE DO SUL

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FELIPE RIBEIRO SAMPAIO DE OLIVEIRA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade:
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Policial Militar
Nome da Mãe: Sem Informação
Em Serviço: Sim

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: AV. DAS GUIANAS
Complemento: CIPTUR
Bairro: 13 DE SETEMBRO

Nome Civil: RENATO BATISTA DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 41 anos
Profissão: Motorista
Estado Civil: Solteiro(a)
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 747.782.502-49
RG - Carteira de Identidade: 206301

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA MANOEL BARBOSA DE ARAUJO Nº: 92
Bairro: 31 DE MARÇO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042566/2019

Telefone: (09) 9137-6160 (Celular)

Nome Civil: DENILSON JORGE DA SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 22 anos
Profissão: Militar do Exército
Estado Civil: Solteiro(a)
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 023.685.742-80
RG - Carteira de Identidade: 4230213

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA ESTRELA CADENTE Nº: 703
Bairro: RAIAR DO SOL

Nome Civil: TELMA ANA JORGE DA SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade: 42 anos
Profissão: Empregada Doméstica
Estado Civil: Casado(a)
Em Serviço: Não

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 181484

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA ESTRELA CADENTE Nº: 703
Bairro: RAIAR DO SOL

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Conforme rop em anexo vem relatar acidente de transito que no local havia somente o veiculo de Renato (VW voyage , de cor , branca de placa NAY9462(DANOS: farol direito , para choque dianteiro e capô)); Que Denilson e Telma estavam dentro das ambulancias do Samu recebendo socorro; Que segundo Renato , estava trafegando na av Rio Grande do Sul sentido av Amazonas, e Denilson trafegava na av amazonas , sentido bairro/centro,conduzindo uma motocicleta (Yamaha lander xt250 de cor preta placa naz6789 (Dano: a motocicleta nao estava mais no local no momento da chegada da guarniçao)) que na garupa estava Telma mae de Denilson, momento em que no cruzamento das vias houve a colisao; Que Denilson e Telma sofreram fratura exposta , ambos na perna direita e escoriaçoes pelo corpo e foram removidos ao pronto socorro pelas ambulancias do Samu; Que na esquina av Rio Grande do Sul havia uma placa de PARE ; Que segundo Renato a motocicleta foi retirada do local por parentes de Denilson ; Que Denilson nao possui CNH ; Era o que tinha a relatar ; É o relato.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042566/2019

ASSINATURAS

Poliana Lewis da Costa Campos
agente carceraria
Matrícula 042000891
Responsável pelo Atendimento

Felipe Ribeiro Sampaio de Oliveira
(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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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: 650.433.832-91
4 - Nome completo da vítima: Telma Ana Jorge da Silva

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: Telma Ana Jorge da Silva
6 - CPF: 650.433.832-91
7 - Profissão: Serviços Gerais
8 - Endereço: R. Estrela Cadente
9 - Número: 730
10 - Complemento:
11 - Bairro: Raiar do Sol
12 - Cidade: Boa Vista
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69.316-074
15 - E-mail:
16 - Tel (DDD): 95991 13-3855

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)**

AGÊNCIA: 1383 8 (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 061707 4 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO:

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

PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data, Boa Vista RR 02 de Março de 2020

Telma Ana Jorge da Silva
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

William Gonçalves
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PS 001 V002/2019

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200106596 **Vítima: TELMA ANA JORGE DA SILVA**

Data do Acidente: 30/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TELMA ANA JORGE DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R$ 2.362,50

Recebedor: **TELMA ANA JORGE DA SILVA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **237**
Agência: **000001383-8**
Conta: **000000611707-4**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00825/00826 - carta_15R - INVALIDEZ
00030413

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200106596 **Vítima: TELMA ANA JORGE DA SILVA**

Data do Acidente: 30/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TELMA ANA JORGE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00761/00762 - carta_01 - INVALIDEZ
00020381
Carta nº 15598345

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TELMA ANA JORGE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01383-8

CONTA: 000000611707-4

Nr. Autenticação
BRADESCO1703202005000000000023701383000000611707236250 PAGO

02/12/19

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 | ( ) Vermelho | ( ) Vermelho
( ) Laranja | ( ) Laranja | ( ) Laranja
( ) Amarelo | ( ) Amarelo | ( ) Amarelo
( ) Verde | ( ) Verde | ( ) Verde
( ) Azul Ass.: | ( ) Azul Ass.: | ( ) Azul Ass.:

1901192899 30/11/2019 13:33:21 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 23

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
TELMA ANA JORGE DA SILVA	25/11/1977	42 A 0 M 5 D	706207023926269	65043383291	00086279

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	181484	SSP\RR	26/07/1996	F	SOLTEIRO(A)	PARDA	BONFIM - RR	BRASILEIRA

Mãe: LUCIANA JORGE DA SILVA
Pai: PEDRO EDUARDO DA SILVA
Contato: (95) 99153-6366
Endereço: RUA - ESTRELA CADENTE - 730 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR
Ocupação: DO LAR

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: EDILEUDA.SOUZA

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

Anamnese de Enfermagem

GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 — DIURNO TOTAL 23

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Pct Vítima de acidente trânsito SJC
. Trazido pelo SAMU

Exame Físico

Dor em pelvi (D)

Hipótese Diagnóstica

Fx Pelvi

SADT - Exames Complementares

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

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

PRESCRIÇÃO | **APRAZAMENTO** | **OBSERVAÇÃO**

1) Morfina 10g + SF0,9% 9ml, Fazer 3ml (EV)
2) ATT 0,5mml IM
. Ceftriaxona 2g - EV
. Clexiamicina 600 - EV 17:30
. Dipirona 2ml - EV
. Morfina 10g + SF0,9% 9ml - Fazer 3ml - EV

Jacqueline Hass Filho
Médico
CR 2068

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: edileuda.souza
Data Hora: 30/11/2019 13:34:08

1901192899

© 2019 SOTECH - Soluções em Tecnologia
HS4 - Inteligência em Saúde
Ver. 4.2.57 - 01.08.20

#Ortopedia V. Perout

paciente vítima de Acidente com moto "S
referindo dor em perna D
Ao Exame: Lesão cortante 1cm com
escoriações em região anterior de perna D
Ao RX fratura segmentar de fibra esq
CD: ~~Curativo + talas posterior + tentativa de redução incruenta~~
CD: Ao CG para colocação de fixador externo.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 004

às 17:18 Ortopedia

Equipe ortopédica aguardando vaga no centro cirúrgico
Foi-nos informado que somente após a terminar de
duas cirurgias (varicocele e uroscopia), poderíamos iniciar
o procedimento, uma vez que só tinha uma mesa Lucas
de, devido a grau de urgência.

Dr. Marcos Aguiar
Médico
CRM-RR 1995

Anexo I

Alta: 05/12/19

A

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 SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

BLOCO A

Identificação do Paciente

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 86279

5 - NOME DO PACIENTE: Tatiana Ana Jorge

8 - DATA DE NASCIMENTO: 25/11/1977

9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7 0 6 2 0 7 0 2 3 9 2 6 2 6 9

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Luciana Jorge da Silva

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): R. Estrela Cadente, 739 Rosinha do Sol

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF: RR

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boa Vista

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente com fx exposta de perna D

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: TTO cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Anamnese + Rx + Ex. físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fx exposta perna D

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
30 OUT 2020
Dr. Elder
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028
Certifico que a presente cópia é fiel à produção original que foi apresentada neste Hospital

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA: Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

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

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 30/11/19

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

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE 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 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0408050500 5828 1799

BOLETIM OPERATÓRIO

Telma Ana Sorge

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 30/11/A O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fx exposta de Perna

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: tto cirúrgico

TIPO DE INTERVENÇÃO: —

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: —

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Elder 1º AUXILIAR: Dr. Pedro K1

2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: ANESTESIA:

ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1[illegible]/RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0820
AUTENTICAÇÃO
30/01/2020
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- Paciente em DDH sob anestesia
2- Assepsia + Antissepsia + colocação de campos estéreis
3- LMC com sol 0,9% 10 litros
4- Fixação do foco de fratura com fixador externo 250 sob controle radioscópico
5- curativo após sutura
6- RPA

Dr. Pedro de S. Eduardo
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

30.11.R

Telma Ana Jorge da Silva, 42a

N° Emergência

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

20:00 21:00

AGENTES: N 20 / O2

LÍQUIDOS VENOSOS: SF 500 / SF 500

DA X: 100% / 100%

ULSO ●: SPO2

ANES X

OP O

TEMP □

ASPIR. A

RESP O

°C 38 36 34 32 30 — 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

Expont / Assist / Contro

SIMBOLOS: X 1 2 3 ⊙

AGENTES	DOSES
A Bupivacaina 0,5%	12,5mg
B Fentanil	100mcg
C Midazolam	2mg
D	
E	
F	
G	
GLICOSE / LIQUIDOS	
NDCD	
SANGUE	
SF 0,9%	1000 ml
TOTAL	1000ml

TÉCNICA: Raquianestesia lombar, entre L3-L4, paramedina à direita, simples, com agulha de Quincke nº 26g, sob ventilação espontânea. LCR claro

Cânula - Naso / Oro Faríngea: SIM
Naso / Orotraqueal - Cega
Bal - Tamp - Calibre do Tubo
Sob Máscara
Dificuldade Técnica
} NÃO

TEMPO DE ANESTESIA: 01:00

ANOTAÇÕES:
X Monitorização + check list
1. Oferta de O2 em CN
2. Sedoanalgesia { - Fentanil 100mcg - Midazolam 2mg
3. Raquianestesia lombar com Bupivacaina hiperbárica c 0,5% 12,5mg
4. Cefotaxima 300mg IV
5. SRPA

Laringo - Espasmo - Excesso Secre
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia
Bradi Taquicardia - Choque

OPERAÇÃO: - Osteossíntese MSD

PERDA SANGUINEA: Ø

ANESTESIA: - Dra Evelyne

CÓDIGO

CIRURGIÃO: Dr Alex

Dr Carlos JR Pg

Dra. Evelyne Fernandes
Médica CRM/RR 1424
Anestesiologista RQE 161

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

42 anos Entrada em Sala 18:30

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Alma Ana Jorge da Silva			30 / 11 / 19

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Tratamento cirúrgico de fratura exposta tibia "D"	20:20	21:07	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Dr. Elder.	ANESTESISTA:	Dr. Everline
AUXILIAR	Dr. Pedro.	RES. ANESTESIA:	Dr. Carlos R1
AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
		CIRCULANTE	Elizangela M.

TIPO DE ANESTESIA: Raqui + Sedação

TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500 ml	
☒	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		1	[redacted] agulha nº 26	
	SERINGA 03ML		1	[redacted] atadura 20 cm	
1	SERINGA 05 ML		1	[redacted] Cateter P/O 2	
1	SERINGA 10ML		1	[redacted] Clorexidine tOU-500ml	
1	SERINGA 20ML		1	[redacted] Tópico tOU-500ml	
☒	Eletrodos		1	[redacted] alcool tOU-500 ml	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSAVÉIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Gabriela Aline	MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SUB- TOTAL	
		TAXA DE SALA	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA Elizangela M.	TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel.: 55(11)39484000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250
Lote:19H001219
Ref.:4747/01
Registro ANVISA: 10223710095

ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento:	Especialidade:	Procedimento Realizado:	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Ortopedia	Tratamento Cirurgico Fratura exposta Tibia (D)	
Nome do Paciente: Telma Ana Jorge da Silva.		Prontuário	Data: 30/11/19

Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala	Circulante de Sala:

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel.: 55(11)39484000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250
Ref.:4747/01 Lote:19H001219
Registro ANVISA: 10223710095

Fixador 300.

Dados dos materiais/Serviço

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

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.	MARCA
1	Fixador 300.	1	1	1

MÉDICO CIRUGIÃO: Drº Elder

1º AUXILIAR: Drº Pedro.

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

INSTRUMENTADOR:

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

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel.: 55(11)39484000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250
Ref.:4747/01 Lote:19H001219
Registro ANVISA: 10223710095

Paciente com D.H

HGR Hospital Geral de Roraima

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

Nome: Telma Maria Jorge da Silva

Data de Nasc: 25 / 11 / 77 Idade: 42 Setor/Leito: ST Data: 30 / 11 / 19

Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim ( ) Não Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim ( ) Não

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39944000 FIXADOR 1/4 FIX C/ BARRA 250 Lote: 19H0011219 Ref.: 4747/01 Registro ANVISA: 10223710096

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta: Fratura exposta de tíbia D

1. Informações:
Jejum (X) Sim ( ) Não
Prótese ( ) Sim (X) Não
Exames ( ) Sim (X) Não
Reserva UTI ( ) Sim (X) Não
Lateralidade ( ) Sim (X) Não
PNE ( ) Sim (X) Não
Alergia ( ) Sim (X) Não
Qual:
Reserva de Hemoderivado: ( ) Sim (X) Não
Outros:

2. Chegou ao Centro Cirúrgico:
( ) Deambulando
(X) Consciente
( ) Com Suporte de O2
( ) TOT
( ) Agitado

3. Sinais Vitais:
T °C
R rpm
FC 92 bpm
PA 131 x 87 mmhg
SAT 100 %
( ) Regular ( ) Irregular

4. Anotações (Admissão do Paciente): Pré-operatório de fratura exposta de tíbia D. Consciente, orientada, afebril, eupnéica, normocorada. Sem queixas no momento. Em uso clindamicina, neurox, nimesulida. Sem HSF.

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia
18:30 / 18:38	20:15	20:20	21:07	

Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento
Hto. cirúrgico de fratura exposta de tíbia D	Raquer	D. Dorsal

Hidratação Infundida	Antibióticoterapia	Hemoderivados
SF 0,9%: 500ml	Nome:	CH:
SG 5%:	Dose:	Plasma:
Outros:	Hora:	Plaquetas:

N° de Compressas oferecidas:
N° de Compressas recolhidas:

Exames na SO:
( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma (X) RX
( ) Gasometria ( ) Outros:

Anátomo Patológico:
( ) Não
( ) Sim
N° Peças:
( ) Cultura
( ) Outros:

Legenda:
1. Eletrodos
2. Oximetro
3. Manguito PA
4. Placa de Bisturi
5. Incisão
6. Cateter O2
7. Venóclise
8. Dreno
9. SNG/SNE
10. Garrote
11. TOT (X) Não ( ) Sim N°
12. SVD (X) Não ( ) Sim N°
13. Outros:

Sinais Vitais: Saída da SO
T °C R rpm FC 65 bpm
PA 115 x 65 mmhg SAT 100 %
(X) Regular ( ) Irregular

Destino: (X) SRPA ( ) UTI ( ) outros:

SRPA

Anestesia	Cirurgia
Raquer	Hto cirúrgico fratura exp. tíbia D

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

Sinais Vitais

Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR 0/10
0'						
15'	—	69	72/55	97		
30'						
45'						
1h						
01:30 h						
2 h						

Observações: Sem termômetro

BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada					Saída				
Hora	Medicação	CH	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto		Dreno/Qual	Outros

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

21h 10 admitida na SRPA em PO1 de Hto cirúrgico de fratura exposta tíbia (D). Após alta da SRPA paciente segue ao bloco A / leito 121 / 05.

Aline J. S. Oliveira
Enfermeira
COREN-RR 526.537 ENF

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Telma Ana Jorge Silva			
		Leito: 121 - 5		Data: 02/12/19	

Localização	Região: MID Grau: I ( ) II (✓)	Região: MID Grau: I ( ) II (✓)
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )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 ( ) 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 (✓) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso (✓) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	(✓) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	(✓) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Renata Silva Rodrigues COREN-RR 1.247.272-AE Larissa Alves Mota Técnica de Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE	Renata Silva Rodrigues COREN-RR 1.247.272-AE Larissa Alves Mota Técnica de Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE
Observações:		

121-5

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	TELMA ANA JORGE				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PERNA D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	121-5	DATA	03/12/2019

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE hipoglicemica	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	~~12~~ 18 ~~24~~ 06
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	22 06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	SN 15
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	~~12~~ ~~18~~ ~~24~~ ~~06~~
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	~~10~~ ~~22~~
12	METFORMINA 850MG VO APÓS CAFÉ, ALMOÇO E JANTAR	~~08~~ ~~14~~ ~~20~~
13	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	16
14	Insulina regular 10US SC Antes do café e janta	~~10~~ 06
15	Insulina NPH 05US SC noite após janta	20 s/seringa
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO	Curativo
19	DEXTRO 6/6H ~~12~~ 214 ~~18~~ 294 24 163	06 241
20	Paciente tem glicosímetro	
21		

s/seringa

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 MEDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO :

CONDUTA : MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	100/60	72		36
18 H	sem aparelho de P.A.			
24 H	e sem tanto Habil			
	156x92	78		

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

121-5

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	TELMA ANA JORGE				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PERNA D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	121-5	DATA	04/12/2019

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE **HIPOGLICEMICA**	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H S/N	~~12~~ 18 24 06
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	22 06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	SN ~~21:25~~ 06:30
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	~~12~~ ~~18~~ 24 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	~~10~~ 22
12	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	~~16~~ feito
13	INSULINA REGULAR 10UI 30MIN ANTES DO CAFÉ DA MANHA E JANTAR	~~18~~ 06
14	INSULINA NPH 05UI 30MIN APÓS JANTAR	20
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO	Curativo
19	DEXTRO 6/6H Aparelho com pct.	12 300 18 285 24 191 06 183
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

EVOLUÇÃO MEDICA:
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA SEM QUEIXAS ALGICAS
SOLICITADO :
CONDUTA : MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :
PREVISÃO DE ALTA :

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	128x81	74		36,5°C
18 H				
24 H				

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

12 → D. Dextro. 300mg/dl, feito correção com 4UI de IR, SC

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: TELMA ANA S. DA SILVA			
		Leito: 521-5		Data: 04/12/19	

Localização	Região: MIO Grau: I ( ) II (X) 2	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração (X) 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 ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X)Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) 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 ( ) 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:	Damiana do N. Silva COREN-RR 818.356 ENF. DAMIANA / Bruno S. Pereira Técnico de Enfermagem COREN-RR 818.359	
Observações:		

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	TELMA ANA JORGE				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PERNA D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	121-5	DATA	05/12/2019

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE **HIPOGLICEMICA**	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H S/N	
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	
12	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
13	INSULINA REGULAR 10UI 30MIN ANTES DO CAFÉ DA MANHA E JANTAR	
14	INSULINA NPH 05UI 30MIN APÓS JANTAR	
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19	DEXTRO 6/6H	
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

EVOLUÇÃO MEDICA:
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA SEM QUEIXAS ALGICAS
SOLICITADO :
CONDUTA : MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :
PREVISÃO DE ALTA :

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

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

05/12/19 em visita com Dr. Marcelo Amuck
paciente apresentando ferida de bom aspecto sem
sinais flogísticos, com fixador externo 3a/3s
controle por radiografia e paciente sem
indicação cirúrgica no momento até melhora da

124-5

HGR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Francisca Sousa 42 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 30/11/19, COM
DIAGNÓSTICO DE Fx exposta de perna D
NO DIA 30/11/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Fixação externa de fratura exposta SENDO
OPERADO PELO DR. Elder E DR. Pedro
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 05/12/19, ÀS 10:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL HGR
CORONEL MOTA NO DIA 20/12/19, ÀS 10:30, COM O
DR. Elder

ORIENTAÇÕES GERAIS :

1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. H. Amaral

BOA VISTA, 05/12/19

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

MÉDICO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: TELMA ANA JORGE DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRA
PROFISSÃO: RG: 181484
CPF: 650.433.832-91 ENDEREÇO: ESTRELA CADENTE, Nº 730
BAIRRO: RAIAR DO SOL CIDADE: BOA VISTA / RR
CEP 69.316-074

VÍTIMA: TELMA ANA JORGE DA SILVA
CPF: 650.433.832-91 DATA DO SINISTRO: 30/11/19
NATUREZA: INVALIDEZ

OUTORGADA :

NOME: WILLIAN GONÇALVES FRANCO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: CORRETOR
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP / RR
DATA DE EMISSÃO: 13/10/2016
Nº CPF: 825.398.343-20
ENDEREÇO: R. CC-11, 294 - LAURA MOREIRA

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 transito, 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, 03 de JANEIRO de 2020.

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DANIEL AQUINO

Telma Ana Jorge da Silva
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO CARTÓRIO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Ataíde Teive, 4307 - Asa Branca - Boa Vista/RR
Fone: (95) 3627-4185
2oficioboavista@cartorioaquino.com.br
169667 5e019bfa864cf 169.667
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
1 TELMA ANA JORGE DA SILVA
Em testemunho da verdade. LFS
Do que dou fé. Boa Vista/RR, 03 de janeiro de 2020.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalselo.com.br
RECFIR168295YGCFB9KUSKTGE081 /
Emolumentos:R$ 2.45 Fundos:ISS:R$ 0.55 SELO:R$ 1.50 Total:R$ 4.50
Thaís Carvalho Barbosa dos Santos
Escrevente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084600/20

Vítima: TELMA ANA JORGE DA SILVA

Data do acidente: 30/11/2019

CPF: 650.433.832-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TELMA ANA JORGE DA SILVA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

TELMA ANA JORGE DA SILVA : 650.433.832-91

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 09/03/2020	Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO	Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 825.396.343-20	CPF: 104.396.626-99
WILLIAM GONCALVES FRANCO	GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200106596 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: TELMA ANA JORGE DA SILVA **Data do acidente:** 30/11/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 3/4/5/6/7_CIRURGIA

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200106596 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: TELMA ANA JORGE DA SILVA **Data do acidente:** 30/11/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 3/4/5/6/7_CIRURGIA

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084600/20

Vítima: TELMA ANA JORGE DA SILVA

Data do acidente: 30/11/2019

CPF: 650.433.832-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TELMA ANA JORGE DA SILVA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

TELMA ANA JORGE DA SILVA : 650.433.832-91

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 09/03/2020	Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO	Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 825.396.343-20	CPF: 104.396.626-99
WILLIAM GONCALVES FRANCO	GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ

Polegar Direito

Telma Ana Jorge da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **181484**

DATA DE EXPEDIÇÃO 26/02/2018

NOME

TELMA ANA JORGE DA SILVA

FILIAÇÃO

PEDRO EDUARDO DA SILVA

LUCIANA JORGE DA SILVA

NATURALIDADE

BONFIM - RR

DATA DE NASCIMENTO

25/11/1977

DOC. ORIGEM

CERTD NASC 84331 FLS 136 LIV 124

BOA VISTA-RR

CPF

650.433.832-91

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

Perito Papiloscopista da Polícia Civil

Diretor do IIOC

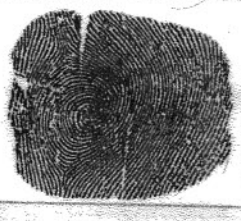
P1

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

William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717

DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

DATA DE NASCIMENTO 09/12/1978

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35
2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscopista da Polícia Civil
Diretor do IOC

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CAERR

CNPJ: 05.933.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 719 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-615

ATENDIMENTO CAERR 0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 831247

Janeiro/2020

Dados do Cliente:
MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO

Endereço para entrega:
RUA CC 18, NUM. 295 - SENADOR HELIO CAMP
OS BOA VISTA RR 69317-633

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.033.011.0169.000	5	1189	RESIDENCIAL 1 / 1 / 1

Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	POTENCIAL

	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.			10	0
LEITURA INF.				
DT. LEITURA				

ULTIMOS CONSUMOS

201912	10-0
201911	10-0
201910	10-0
201909	10-0
201908	10-0
201907	10-0
MEDIA	10

Qualidade da Agua Distribuida ao Consumidor
Informacoes das Amostras Realizadas na Rede de Distribuicao
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS	E.COLI
EXIGIDAS	180	180	180	180	180
ANALISADAS	189	189	189	189	189
CONFORMES	189	189	189	189	189

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83
TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 12/2019		4,77
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019		0,47

VENCIMENTO: 15/02/2020

TOTAL A PAGAR 29,07

AVISO:EM 30/11/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

04/01/2020 07:20:28

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[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 William Gonçalves Franco inscrito (a) no CPF 825.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Vilma Maria Jorge da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 650.433.832 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Vilma Maria Jorge da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 650.433.832 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua CC 18		295	
Bairro: Lauro Moreira	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69318085
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD): 99113-3855	

Boa Vista RR, 02 de Março de 2020
Local e Data

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO 0042685-7

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 4224895

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
DEZEMBRO/2019	11/01/2020	255	232,33

TELMA ANA JORGE DA SILVA
R. ESTRELA CADENTE 730 - RAIAR DO SOL
CEP: 69.316-074 - BOA VISTA

CPF: 00065043383291

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual:	25361
Anterior:	25106
Dias de consumo:	32
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo medido:	255
Consumo Faturado:	255

DATAS DA LEITURA

Atual:	16/12/2019
Anterior:	14/11/2019
Próxima leitura:	16/01/2020
Emissão:	13/12/2019
Apresentação:	16/12/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo:	1.1.1.1
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	MONO
Número Medidor:	E2729944
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	I. 1508373

DESCRIÇÃO DA CONTA

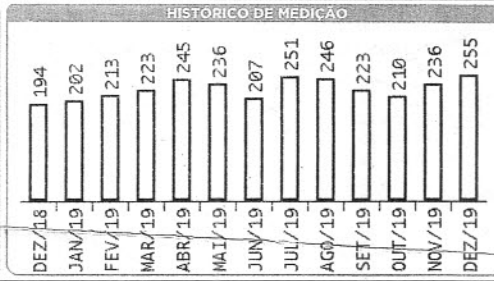
CONSUMO	255 A R$ 0,760131 =	193,83
CORRECAO MONETARIA DA 10/19-00		0,02
CORRECAO MONETARIA IG 10/19-00		0,99
MULTA POR ATRASO DE I 10/19-00		0,94
JUROS DE MORA POR ATR 10/19-00		0,29
MULTA POR ATRASO 10/19-00		3,23
JUROS DE MORA DE IMPO 10/19-00		1,50
ILUMINACAO PUBLICA		31,53

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 255 - 0,617770

Média 12 meses: 223

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensao do fornecimento de energia eletrica a partir de 01/10/2019. O nao pagamento podera ensejar tambem a inclusao do nome do consumidor na SERASA.
Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano	Valor R$
11/2019	220,69

LIGUE 0800701912O E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

ECB3.DD9F.6DFB.CEC6.1EDE.D5B9.40B3.0890

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Energia:	185.41	Encargos:	5.97
Distribuição:	46.16	Tributos:	36.29
Transmissão:	0.00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R$

Base de Cálculo: 193.83		ALÍQUOTA	VALOR
	ICMS:	17.00%	32.95
	PIS:	0.30%	0.58
	COFINS:	1.42%	2.76

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC Mensal	DIC Trimestral	DIC Anual	FIC Mensal	FIC Trimestral	FIC Anual	DMIC Mensal	DICRI Mensal
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Realizado	1,20			1,00			1,20	

Conjunto DISTRITO — Período de apuração: 10/2019 — EUSD: 68,90

ROT: 29.001.22.01.019200

RORAIMA ENERGIA

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007. 022-3

SEU CÓDIGO 0042685-7

TOTAL A PAGAR - R$ 232,33

MÊS FATURADO 12/2019

VENCIMENTO 11/01/2020

Nº da Nota Fiscal: 4224895 FCAM*

83670000002 6 32330075000 3 00000000042 2 68571219008 9

SEQ.: 0129 UC: 0042685-7 DT.LEIT.: 16/12/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 25361 NORMAL TOTAL: 232,33 CARGA: 001
DT.VENC.: 11/01/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4171