
Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190670369

Vítima: MARCIO PIRES PEREIRA

Data do Acidente: 17/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIO PIRES PEREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190670369

Vítima: MARCIO PIRES PEREIRA

Data do Acidente: 17/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCIO PIRES PEREIRA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **MARCIO PIRES PEREIRA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **001**

Agência: **000004263-3**

Conta: **0000068435-X**

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: 009.074.412 89 4 - Nome completo da vítima: Márcio Pires Pereira

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

5 - Nome completo: Márcio Pires Pereira 6 - CPF: 009.074.412 89
7 - Profissão: Serviços gerais 8 - Endereço: R. Dos margaridos 9 - Número: 131 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jardim Primavera 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69314 194
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 991153855

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: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 684.35 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista 22 novembro 19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040720/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/11/2019 08:11 Data/Hora Fim: 19/11/2019 08:34
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 17/08/2019 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: BR - 432, KM 90

Bairro: Zona Rural

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1727: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - ABALROAMENTO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MÁRCIO PIRES PEREIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 11/07/1990
Profissão: Agricultor
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Rosa Pires

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 009.074.412-89

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA DAS MARGARIDAS
Bairro: JARDIM PRIMAVERA
Telefone: (95) 99148-5016 (Celular)

Nº: 181

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 323.237.272-49	Placa NAK7119
Renavam 00728134918	Número do Motor HA07E-Y011628
Número do Chassi 9C2HA0700YR011628	Ano/Modelo Fabricação 2000/1999
Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ
Modelo HONDA/C100 BIZ	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 18/10/2019	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Márcio Pires Pereira	Possuidor



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040720/2019

RELATO/HISTÓRICO

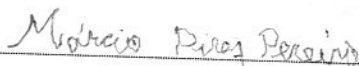
O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA PELA BR - 432, SENTIDO > BOA VISTA, QUANDO NA ALTURA DO KM 90, NAS PRÓXIMIDADES DO LOTE DE SEU PAI, UM VEÍCULO QUE NÃO SABE IDENTIFICAR, QUE SEGUIA EM SENTIDO CONTRÁRIO, INVADIU A VIA DO LADO QUE O COMUNICANTE TRANSITAVA, PROVOCANDO A COLISÃO QUE VEIO A LESIONÁ-LO. QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE RORAINÓPOLIS POR TERCEIROS E POSTERIORMENTE PARA BOA VISTA DE AMBULÂNCIA. QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO COTOVELO DO BRAÇO DIREITO. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS


Volney Amajari Grangeiro Das Neves

Agente de Polícia
Matrícula 042000169

Responsável pelo Atendimento


Márcio Pires Pereira

(Última / 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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT


AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

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:

009.074.412 89

4 - Nome completo da vítima:

Marcio Pires Pereira

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

5 - Nome completo:

Marcio Pires Pereira

6 - CPF:

009.074.412 89

7 - Profissão:

Serviço geral

8 - Endereço:

R. Das margaridas

9 - Número:

131

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Jardim primavera

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.314.194

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

99.113.3855

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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

4263

3

CONTA:

68435

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (ou Civil)

☐

Divorçado

☐

Separado judicialmente

☐

Vítima

☐

Defunto

☐

Outro 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 (vair nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista 22 novembro 19

Marcio Pires Pereira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIO PIRES PEREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000000068435-X

Nr. da Autenticação 39B29BDF7C06CB2C



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0001420-6

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. 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

003861931

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\$)
OUTUBRO/2019	26/11/2019	493	374,75

MARIA ROSA PIRES

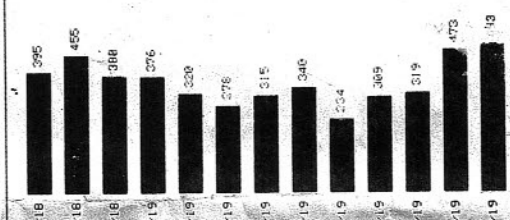
R. DAS MARCANTINAS 181 JARDIM PRIMAVERA

CPF: 00032323727249

CPF: 69.314-194 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 69334	Atual: 18/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 68841	Anterior: 17/09/2019	Classe/Subclasse: RESID. BAIXA RENDA
Dias de consumo: 31	Próxima leitura: 18/11/2019	Ligação: MONO
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 17/10/2019	Número Medidor: 4682475
Consumo médio: 493	Apresentação: 18/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 493	R: 11.001.19.03.000100	Modalidade: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA			
CONSUMO	30 A R\$	0,262144 =	7,86
	70 A R\$	0,449385 =	31,45
	120 A R\$	0,674084 =	80,89
	273 A R\$	0,748975 =	204,47
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA		52,27	
RELIÇÃO			7,86
CORREÇÃO MONETARIA DA IL (2X)			0,06
CORREÇÃO MONETARIA IG 07/19-00			0,30
MULTA POR ATRASO DE IL (2X)			2,48
JUROS DE MORA POR ATRASO (2X)			0,49
MULTA POR ATRASO (2X)			7,92
JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X)			3,58
ILUMINAÇÃO PÚBLICA			27,39

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 30 - 0,217580 31 A 100 - 0,372990 101 A 220 - 0,559490 221 A 493 - 0,621650	
Média 12 meses: 349	



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

Parabéns! Até o dia 17/10/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO				FCPM			
8450.8336.075A.757B.A75D.5D44.4D3B.94DC							
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Energia:	176,89	Encargos:	9,18	Base de Cálculo:	ICMS:	17,00%	55,19
Distribuição:	83,42	Tributos:	55,19	324,67	PIS:	0,000000%	0,00
Transmissão:	0,00				COFINS:	0,000000%	0,00
INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC			FIC			DMIC
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite							
Realizado	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
Conjunto	0,00			0,00			0,15
	FLORESTA			Período de apuração: 00/20			EDS: 81,75



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO: 0001420-6

MÊS FATURADO: 10/2019

Nº da Nota Fiscal: 00386 921

TOTAL A PAGAR - R\$: 374,75

VENCIMENTO: 26/11/2019

8368000003 3 74750075000 1 0000000001 8 42061019008 4



SEQ.: 00148 UC: 0001420-6 IT LEIT.: 18/10/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 69334 NORMAL TOTAL: 374,75 CARGA: 018
DT. VENC.: 26/11/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1142 R4420 - RRE (NOVO)

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. 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

003301566

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

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	267	237,56

ELIETE ARAUJO DA SILVA
R. CC 11 294 LAURA MOREIRA
CPF: 00035469900215
CEP: 69.318-050 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.291200

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	37543	Atual:	23/07/2019
Anterior:	37276	Anterior:	21/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	23/08/2019
Consumo Medido:	267	Emissão:	22/07/2019
Consumo Faturado:	267	Apresentação:	23/07/2019
	FCAM		

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	B1	1TEDB06955 M	1471801	1.1.1.2	233

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 147	CONSUMO 267 A R\$ 0,64602 = 204,14
MAI/19 212	CORRECAO MONETARIA DA 05/19-00 0,04
ABR/19 239	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 0,88
MAR/19 182	MULTA POR ATRASO DE I 05/19-00 1,56
FEV/19 170	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 0,29
JAN/19 294	MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,27
DEZ/18 210	JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00 1,85
NOV/18 280	ILUMINACAO PUBLICA 25,53
OUT/18 292	
SET/18 229	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 267 - 0,634626	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 06/2019 148,63
O valor devido para o mês de junho de 2019 é de R\$ 148,63. Este valor deve ser pago até o dia 05/07/2019. Após esta data, o valor devido será acrescido de multa e juros. O valor devido para o mês de julho de 2019 é de R\$ 237,56. Este valor deve ser pago até o dia 06/08/2019. Após esta data, o valor devido será acrescido de multa e juros.

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO DE75.C105.6B3A.03DA.50B9.E3EB.AB69.3F13

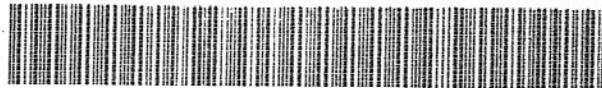
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	52,45	Base de Cálculo:	204,14
Energia:	111,22	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	34,70
Encargos:	5,77	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	34,70	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
6,55			13,00			1,13	

DISTRITO 05/2019 69,55
ROT: 7.001.28.01.291200

	SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
	0070349-4	237,56
	MÊS FATURADO	VENCIMENTO
	07/2019	06/08/2019
Roraima Energia S.A. Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Ins. Estadual: 24.007.022-3		Nº da Nota Fiscal: 003301566 FCAM

83620000002 1 37560075000 0 00000000070 3 34940719008 2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Frazão inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343/20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcio Pires Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.074412/89 do sinistro de DPVAT cobertura Indoliz da Vítima Marcio Pires Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.074412/89, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>R. CC 11</u>		Número <u>294</u>	Complemento
Bairro <u>Boa Vista</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69318-050</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>991133855</u>

Boa Vista, 22 de novembro de 19
Local e Data

William Gonçalves
Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação LARANJA		Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:		Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:		DIURNO 07-19 85	
01150207 18/08/2019 13:28:54		FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA							
Paciente MARCIO PIRES PEREIRA		Data Nascimento 11/07/1990		Idade 29 A 1 M 7 D		CNS		CPF	
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor Data Emissão		Sexo M		Estado Civil		Raça/Cor PARDA	
Mãe ARIA ROSA PIRES		Pai NI		Contato		Nacionalidade BRASILEIRA		Ocupação	
Endereço UA - DELMAN VERAS - 03 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR									
Class. de Risco ARANJA		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp. 36.50	
Tipo de Chegada AMBULANCIA (HOSPITAL)		Tipo de Chegada AMBULANCIA (HOSPITAL)		Procedimento Sol.		Registrado por: MARIZETE.MALAQUIAS		Pressão 130 x 80	
Queixa Principal ACIDENTE DE MOTO MSD, ENCAMINHADO RORAINÓPOLIS									
Anamnese de Enfermagem NEGA ALERGIA+DM+HAS									
GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6						TOTAL			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) Paciente veio encaminhado de Rorainópolis/RR com história de acidente motociclístico há 419h (contém a noite) c/ trauma contuso em MSD e MID. Traz Rx de braço e antebraço + mãos (D) c/ evidência de fx em rádio e ulna proximal e de falange de 4º dedo (D) + fx de cabeça distal de ulna (D).									
Exame Físico BEG, LOTE, acamado, eufórico, hidratado. Trauma contuso em MSD e MID. c/ múltiplas fx em MSD.									
Hipótese Diagnóstica									
SADT - Exames Complementares ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:									
PRESCRIÇÃO 1) Solicito Avaliação da Ortopedia.						APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
2) Sintetizar o corpo (EV) ger.						3) gotejar em 240 ml (EV) ger.		4) Cuidado com o curativo.	
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						Assinatura do Médico Dr. Gabriel Karine			
Impresso por: Isabel Data Hora: 18/08/2019 13:37:53									

Uso
vrt



1901150207

MR Transf 20/08/19

INIR

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS Solcibg Ministério
União de da
Saúde Saúde

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 *Maria Rosa Pires*

6 - DATA DE NASCIMENTO *11/07/90*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) *7101410101418181271111617*

8 - N° DO PRONTUÁRIO *174643*

9 - SEXO *M*

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL *Maria Rosa Pires*

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) *R. Delman Veros 03 Pintada Nova*

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA *BO*

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO *140010*

15 - UF *Ror*

16 - CEP *69316702*

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura de Colarinho esquerda com deslocamento de 10 mm. + fratura de 4.5° parte sem desloc

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + Exame físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Des op imediata de fratura de Colarinho.

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico de fratura de Colarinho.

22 - DOCUMENTO

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

24 - CLÍNICA

25 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE *Pablo Camillo Edmundo Jr*

27 - DATA DA AUTORIZAÇÃO *18/08/19*

28 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

29 - N° DO PRETE

30 - SÉRIE

31 - ACIDENTE DE TRABALHO

32 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

33 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

34 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

35 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - CNPJ EMPRESA

37 - CNES DA EMPRESA

38 - OSOP

39 - EMPREGADO

40 - SEGURADOR

41 - AUTÔNOMO

42 - EMPREGADO

43 - NÃO EMPREGADO

44 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

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

46 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

0408020597
5520
1799



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 18/08/14

O.S. _____

Mário F. Lima

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Dr. Elton Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Fez D.D.H. sob plano anestésico
- 2) limpeza + anti-séptico + colocação de campos estéril.
- 3) Incisão em forma de T sobre a fratura, com o intuito de obter uma ampla exposição da lesão.
- 4) colocação de fixador transosteal de cotovelo em um único foco medial + posterior e um foco lateral distal.
- 5) lavagem.
- 6) fecho.



78/08/19

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

Yancio Pires Pereira

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

RE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

AGENTES		15 15 30 45 16 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
LÍQUIDOS VENOSOS	N 20												
	02												
DA X	38												
	36												
ULSO ●	34												
ANES X	32												
OP O	30												
TEMP □	120												
ASPIR. A	100												
RESP O	80												
	60												
	40												
	20												
Exposit													
Assist													
Contro													

SIMBOLOS		DOSES		TECNICA		ANOTAÇÕES	
AGENTES							
A	Ropivacaïne 0,75% 20ml				Hogurois pleo		+ Occlus. Ap. ar. st.
B	Antemico 160mg				dragunat		1) Asses. pie. reg. 1-pro cl.
C	Endemico 900mg				quido por		2) Puro. vio. sup. cl. v.
D					US6 vic		quido por US6.
E					apna cl. v. int.		3) Infl. h. do pleo. ci
F					los vent		10pi 0,75% 20ml.
G					tipo t. v. e.		4) Guto 160mg + cl. de 9002
GLUCOSE	LÍQUIDOS						ST. A. R. R. A.
NDGD					Cântula - Naso / Oro Faringea		
					Naso / Orotraqueal - Coga		
					Bal - Tamp - Calibre do Tubo		
SANGUE	50,9% 100ml				Sob Máscara		
					Dificuldade Técnica		
TOTAL							
OPERAÇÃO						Laringo - Espasmo - Excesso Sacre	
Artos. de 10.000.000 @						Depressão Respiratória - Hipoxia	
						"Bucking" - Vômito	
ANESTESIA						Hemorragia - Arritmia	
						Bradi Taquicardia - Choque	
CÓDIGO						PERDA SANGÜINEA	
CIRURGIÃO							
2. A. P. Tor. / Manos de De H. L. da / P. A. B.							

324

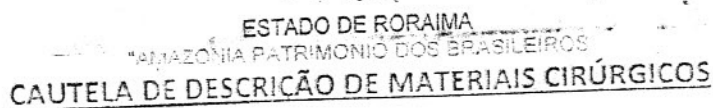


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

Corredor 02 Bloco 19
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		29a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Marcio Pires Pereira			GT	NI	18 / 08 / 19	
CIRURGIA			TEMPO DE DURAÇÃO			
TIPO			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
Cirurgia Fratura Braço (D)			15:35	16:30		
EQUIPE MÉDICA						
CIRURGIÃO			ANESTESISTA:		Dr. Ailton	
Dr. Helder			RES. ANESTESIA:		Re Marcos	
AUXILIAR			INSTRUMENTADOR			
R3 Pablo			CIRCULANTE		Kelly Soares.	
AUXILIAR			TEMPO DE DURAÇÃO:			
TIPO DE ANESTESIA: BPB 15:25						
INT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR	
☒	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250ml		
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO		
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO		
☒	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº		
☐	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº		
☐	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (Par)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
☐	LÂMINA BISTURI Nº 15 F			FIO CATGUT SIMPLES Nº		
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº		
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº		
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº		
	SERINGA 01ML			SURGICEL Equipamento macro		
	SERINGA 03ML		20g	CERA P/ OSSE Gel condutor		
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº Atadura 20cm		
	SERINGA 10ML		150 ml	GEOPOLAM Clorox Desodorante		
☐	SERINGA 20ML		150 ml	FITA CARDIACA Clorox Alcedica		
☒	Extra		150 ml	OUTROS: Alced 70%		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
		Gabriela	SUB- TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		Kelly	TAXA DE ANESTESIA			
		Soares.	SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE						



CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

T^{ro} Cirurgico Fratura Luxação MSD

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Helder

1º AUXILIAR: R3 Pablo

INSTRUMENTADOR: _____

19 VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121.0637

Name: David Ricardo Pereira

Data de Nascimento: 11 / 07 / 1990 Idade: 29c Setor/Leito: 67

Data: 12/08/19

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

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

[illegible]

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Marcos Paulo Pereira
Responsável Cirúrgico: EdsonAnestesiista: Edson / M. André (Re)

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identidade☒ Sítio Cirúrgico☒ ProcedimentoConsentimento ☒ Sim () Não

RISCO CIR. GLOBO

() Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEB. RCALTO

☒ Sim () Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

OXIMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não () Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não () Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

() Sim, e uso adequado de planejamento para fluidos

Dr. Marcos Felipe Diniz

Médico Residente

Assinatura

Data: / /

Hora: / /

SAÍDA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente☒ Sítio cirúrgico☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

☒ Sim,Qual: gentamicinaHora: 17:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

() Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim () Não

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

☒ Sim () Não () Não se Aplicam

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

() Sim () Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

() Sim ☒ Não☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE☒ Sim () Não () Não se AplicaSpínula Suave - 87 31 - 12

Assinatura e Carimbo

Mario Fins Pereira

Mar 4

Subst 1607
R. cur

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE <i>Mario Fins Pereira</i>			
AGNÓSTICO <i>fratura exposta cotovelo D</i>			
ALERGIAS <i>neg</i>			
IDADE	HAS	NEGA	DM2
LEITO			NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO		DATA
1	DIETA ORAL LIVRE		HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		SND
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		ATENÇÃO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		3N
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		18 25/06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		(05)
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM		(5N)
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		ATENÇÃO
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		(22) (05)
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H		5N
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H		18 25/06 12
12			5N (22) (10)
13	<i>gentamicina 40mg (el) intrada</i>		18
14			
15			
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
17	SSVV + CCGG 6/6 H		S 1W
18	CURATIVO DIÁRIO		Polina
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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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:

Fratura exposta do cotovelo D com avaliação na 2ª fase.

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H				
18 H	97/69	74	-	36,6°
24 H	97/60	78	15	36,4°C
6h	97x65	72		36,1°C
17:20				

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
[Assinatura]

Obs: receber o paciente às 17:30, sem verificação dos SSVV no horário das 12, com os itens 10, 13, 16, 18 e 21 administrados somente o item 4, verificação dos SSVV das 18 h.c. *Domara*
 907564.

494-3

MACA 4

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				 HGR Hospital Geral de Roraima
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
	PRESCRIÇÃO MÉDICA				

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE	MARCIO PIRES PEREIRA
----------	----------------------

AGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE COTOVELO D
-----------	--------------------------

ALERGIAS	HAS	DM2
----------	-----	-----

IDADE	29	LEITO	MACA 4	DATA	18/08/2019
-------	----	-------	--------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA LIVRE	
---	-------------	--

2	AVP	
---	-----	--

3		
---	--	--

4	PLASIL 10MG 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	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
---	--	--

10	CURATIVO DIÁRIO	
----	-----------------	--

11	SSVV + CCGG 6/6 H	
----	-------------------	--

12	CLINDAMICINA 600 MG EV 6/6 H	
----	------------------------------	--

13	CIPROFLOXACINA 400 MG EV 12/12 H	
----	----------------------------------	--

14	GENTAMICINA 240 MG EV 1X DIA	
----	------------------------------	--

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	TAx
12 H	109/74	78	18	36
18 H	140/86	96	18	36
24 H				

Dr. Jesus López Aguiar
CRM-RR 566

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 - 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 NEURÓLOGO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico
() Sedado	() Torposo	() Comatoso	() Bradicárdico
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Taquicárdico
PUPILAS		() Normotenso	
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midríatica	() Hipotenso
() Isocóricas	() Anisocóricas	() Não reagentes	() Hipertenso
REGULAÇÃO TÉRMICA		() Pulso Cheio	
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Filiforme
() Febril	() Febre	() Pirexia	() Arritmico
() Hiperpirexia			Pulso: _____
CARACTERÍSTICAS DA PELE		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercoorada	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia
() Acianótica	() Edema Local: _____		() Normal () Diarreia () Constipação () Melenas
Úlcera por pressão: () Sim () Não			Flatos: () Presente () Ausente
Região: _____			REGULAÇÃO ABDOMINAL
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO			() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido
SISTEMA RESPIRATÓRIO		() Ascítico () Maciço () Timpânico	
() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Dispnico
Oxigenoterapia: () Sim () Não			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
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	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão	
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas	
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração	
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação	
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente	
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene		
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	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			

114-3



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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	18/08/2019	DN	11/07/1990
------------------	-----	------------	----	------------

PACIENTE **MARCIO PIRES PEREIRA**

AGNÓSTICO **FRATURA-LUX EXPOSTA DE COTOVELO DIREITO**

ALERGIAS	HAS	DM2
----------	-----	-----

IDADE	29	LEITO	414-3	DATA	20/08/2019
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE	5:00
2	AVP	12:18:24
3	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H	
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N 16:00	
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	SN
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
10	CURATIVO DIÁRIO	M
11	SSVV + CCGG 6/6 H	16:00
12	GENTAMICINA 240MG 1 X AO DIA (D1 20/08)	
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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	123/76	79	S/R	36,5
18 H				
24 H				

Dr. Odinaeli Okemuri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 18511/RR

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 Prevenção: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () 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 NEURÓLOGO () Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torpido () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____	
PUPILAS () Fotorreagente () Mióticas () Midriáticas () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes		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 TÉRMICA () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL () Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE () Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipocorada () Hiperacorada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Acianótica () Edema Local: _____ Úlcera por pressão: () Sim () Não Região: _____		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 () Lavagem () Sifonagem Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT Quantidade: _____ Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Trocar em: _____ Cateter Vesical: () Sim () Não Data da instalação: _____ Local: _____ Prótese: () Sim () Não Tipo: _____			
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 Não 0 Sim 25		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Não 0 Sim 20	
2. Diagnóstico Secundário Não 0 Sim 15		5. Marcha/Deambulação Normal/Sem deambulação/Acamado 0 Fraca 10 Comprometida/Cambaleante 20	
3. Auxílio na Deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Muleta/Bengala/Andador 15 Mobiliário Parede 30		6. Estado Mental Orientado/limitado/conhece as limitações 0 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			



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/HLI

Eu Manoel Pires Pereira

CPF nº

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 20 de 08 de 20 19.

Assinatura do paciente:

Responsável:

1) Assinatura:

Nome

CPF nº

Grau de Parentesco:

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

Boa Vista, 20 de

Nome Completo:

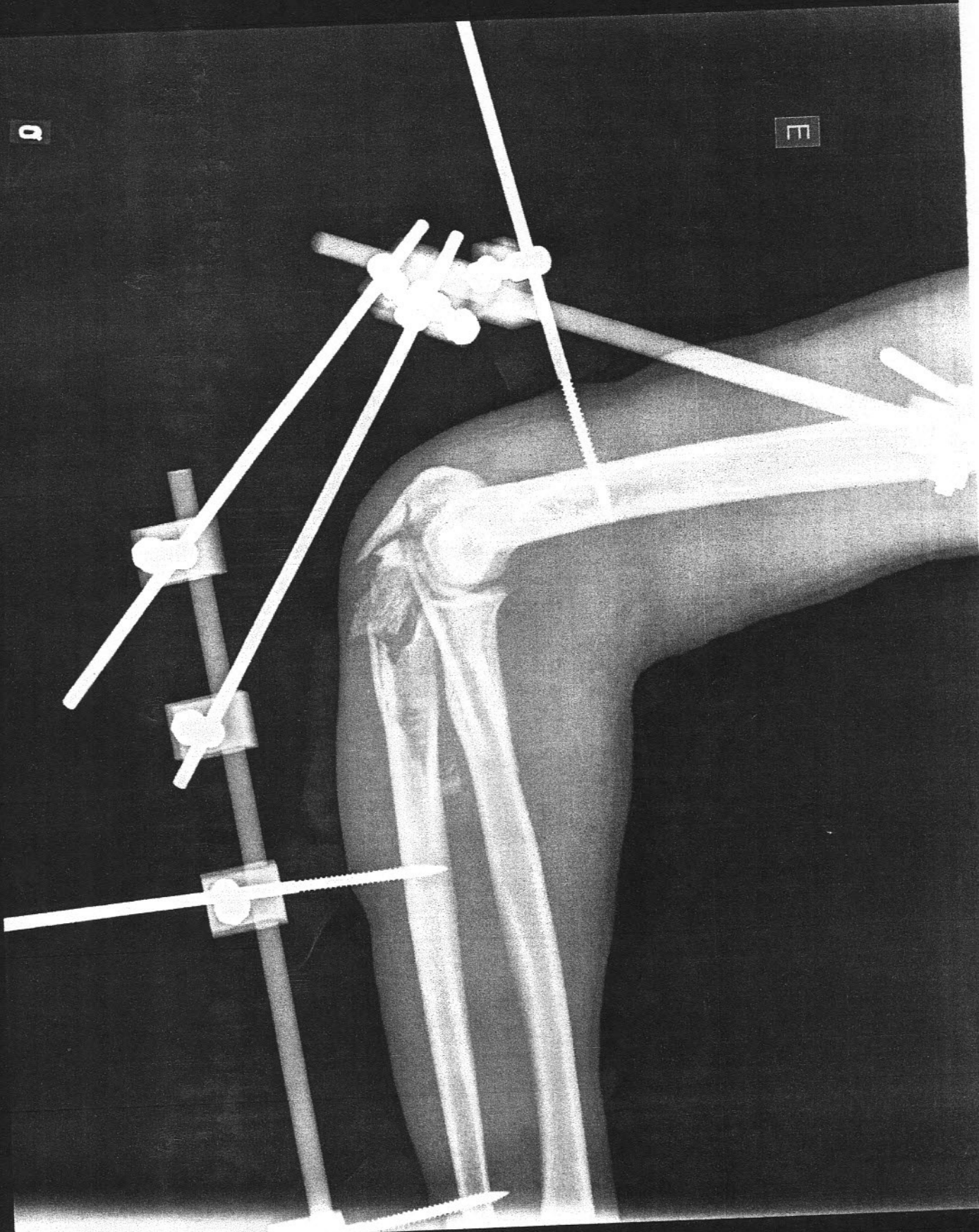
Assinatura do Médico:

Dr. Odinechi Okemuri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18511RR

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM





E

O

MARCIO PIRES PEREIRA
HOSPITAL DAS CLINICAS

ID: 2088
Data: 23/08/2019

Nr:
Tec:
54,1 %

D



18/11/2019

82.5 %

18/11/2019

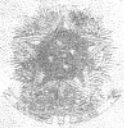
70.8 %

MARCIO PIRES PEREIRA

HOSPITAL CORONEL MOTA

13269

Cloudcaldo



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

204.49734.10-7

NÚMERO

5280501

SÉRIE

0030

UF

RR

Marcio Pires Pereira

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



MÁRCIO PIRES PEREIRA

FILIAÇÃO.....: PAULO CEZAR PEREIRA

MARIA ROSA PIRES

NASCIMENTO.....: 11/07/1990

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: R.G. 3346552 SESP RR 27/07/2005

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF.....: 009.074.412-89

TIT. ELEITOR: 003930272607

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 01/09/2010

ZONA: 005

[Assinatura]

ASSINATURA DO EMISSOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO 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 AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Diretor do IIC

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

MINISTERIO DAS CIDADADES

Nº 013833281978
ENCIAAMENTO DE VEICULO

01	00728324318	VA	COD. RENAVAM	ENTR	EXERCÍCIO
					2019

1. **Nome** _____
 2. **Indirizzo** _____
 3. **Città** _____
 4. **Prov.** _____
 5. **Cap.** _____
 6. **Telefono** _____
 7. **Indirizzo e-mail** _____
 8. **Indirizzo fax** _____
 9. **Indirizzo PEC** _____
 10. **Indirizzo telematico** _____
 11. **Indirizzo internet** _____
 12. **Indirizzo mobile** _____
 13. **Indirizzo satellite** _____
 14. **Indirizzo wireless** _____
 15. **Indirizzo bluetooth** _____
 16. **Indirizzo NFC** _____
 17. **Indirizzo QR** _____
 18. **Indirizzo RFID** _____
 19. **Indirizzo NFC** _____
 20. **Indirizzo QR** _____
 21. **Indirizzo RFID** _____
 22. **Indirizzo NFC** _____
 23. **Indirizzo QR** _____
 24. **Indirizzo RFID** _____
 25. **Indirizzo NFC** _____
 26. **Indirizzo QR** _____
 27. **Indirizzo RFID** _____
 28. **Indirizzo NFC** _____
 29. **Indirizzo QR** _____
 30. **Indirizzo RFID** _____
 31. **Indirizzo NFC** _____
 32. **Indirizzo QR** _____
 33. **Indirizzo RFID** _____
 34. **Indirizzo NFC** _____
 35. **Indirizzo QR** _____
 36. **Indirizzo RFID** _____
 37. **Indirizzo NFC** _____
 38. **Indirizzo QR** _____
 39. **Indirizzo RFID** _____
 40. **Indirizzo NFC** _____
 41. **Indirizzo QR** _____
 42. **Indirizzo RFID** _____
 43. **Indirizzo NFC** _____
 44. **Indirizzo QR** _____
 45. **Indirizzo RFID** _____
 46. **Indirizzo NFC** _____
 47. **Indirizzo QR** _____
 48. **Indirizzo RFID** _____
 49. **Indirizzo NFC** _____
 50. **Indirizzo QR** _____
 51. **Indirizzo RFID** _____
 52. **Indirizzo NFC** _____
 53. **Indirizzo QR** _____
 54. **Indirizzo RFID** _____
 55. **Indirizzo NFC** _____
 56. **Indirizzo QR** _____
 57. **Indirizzo RFID** _____
 58. **Indirizzo NFC** _____
 59. **Indirizzo QR** _____
 60. **Indirizzo RFID** _____
 61. **Indirizzo NFC** _____
 62. **Indirizzo QR** _____
 63. **Indirizzo RFID** _____
 64. **Indirizzo NFC** _____
 65. **Indirizzo QR** _____
 66. **Indirizzo RFID** _____
 67. **Indirizzo NFC** _____
 68. **Indirizzo QR** _____
 69. **Indirizzo RFID** _____
 70. **Indirizzo NFC** _____
 71. **Indirizzo QR** _____
 72. **Indirizzo RFID** _____
 73. **Indirizzo NFC** _____
 74. **Indirizzo QR** _____
 75. **Indirizzo RFID** _____
 76. **Indirizzo NFC** _____
 77. **Indirizzo QR** _____
 78. **Indirizzo RFID** _____
 79. **Indirizzo NFC** _____
 80. **Indirizzo QR** _____
 81. **Indirizzo RFID** _____
 82. **Indirizzo NFC** _____
 83. **Indirizzo QR** _____
 84. **Indirizzo RFID** _____
 85. **Indirizzo NFC** _____
 86. **Indirizzo QR** _____
 87. **Indirizzo RFID** _____
 88. **Indirizzo NFC** _____
 89. **Indirizzo QR** _____
 90. **Indirizzo RFID** _____
 91. **Indirizzo NFC** _____
 92. **Indirizzo QR** _____
 93. **Indirizzo RFID** _____
 94. **Indirizzo NFC** _____
 95. **Indirizzo QR** _____
 96. **Indirizzo RFID** _____
 97. **Indirizzo NFC** _____
 98. **Indirizzo QR** _____
 99. **Indirizzo RFID** _____
 100. **Indirizzo NFC** _____
 101. **Indirizzo QR** _____
 102. **Indirizzo RFID** _____
 103. **Indirizzo NFC** _____
 104. **Indirizzo QR** _____
 105. **Indirizzo RFID** _____
 106. **Indirizzo NFC** _____
 107. **Indirizzo QR** _____
 108. **Indirizzo RFID** _____
 109. **Indirizzo NFC** _____
 110. **Indirizzo QR** _____
 111. **Indirizzo RFID** _____
 112. **Indirizzo NFC** _____
 113. **Indirizzo QR** _____
 114. **Indirizzo RFID** _____
 115. **Indirizzo NFC** _____
 116. **Indirizzo QR** _____
 117. **Indirizzo RFID** _____
 118. **Indirizzo NFC** _____
 119. **Indirizzo QR** _____
 120. **Indirizzo RFID** _____
 121. **Indirizzo NFC** _____
 122. **Indirizzo QR** _____
 123. **Indirizzo RFID** _____
 124. **Indirizzo NFC** _____
 125. **Indirizzo QR** _____
 126. **Indirizzo RFID** _____
 127. **Indirizzo NFC** _____
 128. **Indirizzo QR** _____
 129. **Indirizzo RFID** _____
 130. **Indirizzo NFC** _____
 131. **Indirizzo QR** _____
 132. **Indirizzo RFID** _____
 133. **Indirizzo NFC** _____
 134. **Indirizzo QR** _____
 135. **Indirizzo RFID** _____
 136. **Indirizzo NFC** _____
 137. **Indirizzo QR** _____
 138. **Indirizzo RFID** _____
 139. **Indirizzo NFC** _____
 140. **Indirizzo QR** _____
 141. **Indirizzo RFID** _____
 142. **Indirizzo NFC** _____
 143. **Indirizzo QR** _____
 144. **Indirizzo RFID** _____
 145. **Indirizzo NFC** _____
 146. **Indirizzo QR** _____
 147. **Indirizzo RFID** _____
 148. **Indirizzo NFC** _____
 149. **Indirizzo QR** _____
 150. **Indirizzo RFID** _____
 151. **Indirizzo NFC** _____
 152. **Indirizzo QR** _____
 153. **Indirizzo RFID** _____
 154. **Indirizzo NFC** _____
 155. **Indirizzo QR** _____
 156. **Indirizzo RFID** _____
 157. **Indirizzo NFC** _____
 158. **Indirizzo QR** _____
 159. **Indirizzo RFID** _____
 160. **Indirizzo NFC** _____
 161. **Indirizzo QR** _____
 162. **Indirizzo RFID** _____
 163. **Indirizzo NFC** _____
 164. **Indirizzo QR** _____
 165. **Indirizzo RFID** _____
 166. **Indirizzo NFC** _____
 167. **Indirizzo QR** _____
 168. **Indirizzo RFID** _____
 169. **Indirizzo NFC** _____
 170. **Indirizzo QR** _____
 171. **Indirizzo RFID** _____
 172. **Indirizzo NFC** _____
 173. **Indirizzo QR** _____
 174. **Indirizzo RFID** _____
 175. **Indirizzo NFC** _____
 176. **Indirizzo QR** _____
 177. **Indirizzo RFID** _____
 178. **Indirizzo NFC** _____
 179. **Indirizzo QR** _____
 180. **Indirizzo RFID** _____
 181. **Indirizzo NFC** _____
 182. **Indirizzo QR** _____
 183. **Indirizzo RFID** _____
 184. **Indirizzo NFC** _____
 185. **Indirizzo QR** _____
 186. **Indirizzo RFID** _____
 187. **Indirizzo NFC** _____
 188. **Indirizzo QR** _____
 189. **Indirizzo RFID** _____
 190. **Indirizzo NFC** _____
 191. **Indirizzo QR** _____
 192. **Indirizzo RFID** _____
 193. **Indirizzo NFC** _____
 194. **Indirizzo QR** _____
 195. **Indirizzo RFID** _____
 196. **Indirizzo NFC** _____
 197. **Indirizzo QR** _____
 198. **Indirizzo RFID** _____
 199. **Indirizzo NFC** _____
 200. **Indirizzo QR** _____
 201. **Indirizzo RFID** _____
 202. **Indirizzo NFC** _____
 203. **Indirizzo QR** _____
 204. **Indirizzo RFID** _____
 205. **Indirizzo NFC** _____
 206. **Indirizzo QR** _____
 207. **Indirizzo RFID** _____
 208. **Indirizzo NFC** _____
 209. **Indirizzo QR** _____
 210. **Indirizzo RFID** _____
 211.

CPE/CNPJ _____ PLACA _____

002. 077-976-48
002. 077-976-48

ADX1119

PLACA ANT/UF	CHASSI
952410700X ROL 1123	

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
OS/NOTION T4/MIL APLETT	GAZOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
FORD/F100 BIZ	1999	2000

CAP/POT/CIL 02/00007CC/	CATEGORIA PARTICU	COR PREDOMINANTE AZUL
----------------------------	----------------------	--------------------------

COTA UNICA	VENG. COTA UNICA	VENG. COTAS
1 ^a	1 ^a	1 ^a

FAIXA I, P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS
2º	*****
3º	*****

MO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
044.31.084.53			13/09/2011

DATA	LOCAL	PROBLEMA	CAUSAS	SOLUÇÕES	CONCLUSÃO
15/01/2019	1000	1000	1000	1000	1000
16/01/2019	1000	1000	1000	1000	1000
17/01/2019	1000	1000	1000	1000	1000
18/01/2019	1000	1000	1000	1000	1000
19/01/2019	1000	1000	1000	1000	1000
20/01/2019	1000	1000	1000	1000	1000
21/01/2019	1000	1000	1000	1000	1000
22/01/2019	1000	1000	1000	1000	1000
23/01/2019	1000	1000	1000	1000	1000
24/01/2019	1000	1000	1000	1000	1000
25/01/2019	1000	1000	1000	1000	1000
26/01/2019	1000	1000	1000	1000	1000
27/01/2019	1000	1000	1000	1000	1000
28/01/2019	1000	1000	1000	1000	1000
29/01/2019	1000	1000	1000	1000	1000
30/01/2019	1000	1000	1000	1000	1000
31/01/2019	1000	1000	1000	1000	1000
01/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
02/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
03/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
04/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
05/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
06/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
07/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
08/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
09/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
10/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
11/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
12/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
13/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
14/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
15/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
16/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
17/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
18/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
19/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
20/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
21/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
22/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
23/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
24/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
25/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
26/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
27/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
28/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
29/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
30/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
31/02/2019	1000	1000	1000	1000	1000
01/03/2019	1000	1000	1000	1000	1000
02/03/2019	1000	1000	1000	1000	1000
03/03/2019	1000	1000	1000	1000	1000
04/03/2019	1000	1000	1000	1000	1000
05/03/2019	1000	1000	1000	1000	1000
06/03/2019	1000	1000	1000	1000	1000
07/03/2019	1000	1000	1000	1000	1000
08/					

01 DEC 1984

LOCAL DATA

Igo Gomes Brasil
Diretor Presidente Interino
DETRAN-RF

RR Nº 013833281978 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBLIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VALE PRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

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 — 2019 — DATA EMISSÃO — 21/10/201

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	323.337.572-49	Nº 7116

RENAVAM	MARCA / MODELO
00730134918	HONDA/C100 BIZ

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
1999	9	902HAY700YF01162B

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DEMATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$36.05	R\$4.01	R\$42.05

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)
R\$ 4.15	R\$ 0.32	R\$ 4.47

☐ COTA ÚNICA	☐ PAGAMENTO	☐ PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
			13/05/2019

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

013833287
538434167
DEC 2017

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
563440

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427437/19

Vítima: MARCIO PIRES PEREIRA

CPF: 009.074.412-89

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/08/2019

Titular do CPF: MARCIO PIRES PEREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

MARCIO PIRES PEREIRA : 009.074.412-89

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: 02/12/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190670369 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIO PIRES PEREIRA **Data do acidente:** 17/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-2-3-4-5-7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT INTENSO DO COTOVELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190670369 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIO PIRES PEREIRA **Data do acidente:** 17/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-2-3-4-5-7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO COTOVELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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