
Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171871

Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALMIR MARTINS DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171871

Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALMIR MARTINS DOS SANTOS

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

Declaração Circular SUSEP 445/12	Apresentar o formulário "Declaração de Prevenção a Lavagem de Dinheiro", pois o entregue está incompleto/incorreto. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
---	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200171871 Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALMIR MARTINS DOS SANTOS

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

Declaração Circular SUSEP 445/12	Apresentar o formulário "Declaração de Prevenção a Lavagem de Dinheiro", pois o entregue está incompleto/incorreto. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
---	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171871

Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VALMIR MARTINS DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 01/01/2020, emitida pelo Dr. ILEGÍVEL, CRM nº 000 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 994.398.934-00 3 - CPF da vítima: 694.398.934-00 4 - Nome completo da vítima: Valmir Martins dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Vítima conhecido: Valmir Martins dos Santos 6 - CPF: 694.398.934-00
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Av. Principal 9 - Número: 79 10 - Complemento:
11 - Bairro: Conde Dom Pedro 12 - Cidade: Mucacari 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69439-000
15 - E-mail: 99439-3855 16 - Tel. (DDD):

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:
☒ RECEBO INFORMAR ☐ R\$1.200,00 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 POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa

AGÊNCIA: 4575 CONTA: 00022996 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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.

Se sou o responsável pela 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista RR 29 de Abril de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Valmir Martins dos Santos

43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gomes Calves

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: 007216/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/02/2020 11:21 Data/Hora Fim: 17/02/2020 11:38
Origem: Polícia Judiciária Data: 17/02/2020
Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 23/12/2019 22:00

Local do Fato

Município: Mucajaí (RR)

Logradouro: RR-325

Complemento: Estrada que liga o Município de Mucajaí à Vila do Apiaú

Ponto de Referência: Depois do trevo

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALMIR MARTINS DOS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 05/01/1969	Idade: 51 anos
Naturalidade: AL - São Miguel dos	Profissão: Operador de Máquina	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Severina Martins dos Santos			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 694.398.934-00

RG - Carteira de Identidade: 2878155-4

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av.: Principal

Nº: 74

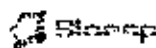
Complemento: Casa

Bairro: Conjunto dos Pioneiros

Telefone: (95) 99967-6060 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 125.517.831-00	Placa NAY-9144
Renavam 01002693826	Número do Motor G3C5E-003092
Número do Chassi 9C6DG2520F0000989	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor CINZA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER E
Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER E	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Eric Silva Pereira
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 17/02/2020 11:39
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

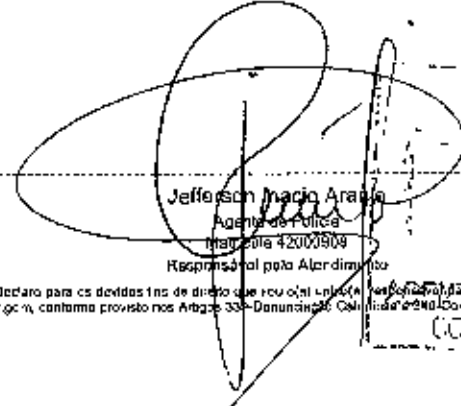
Nº: 007216/2020

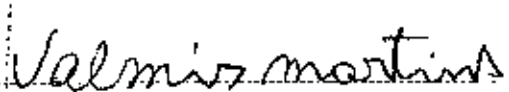
Nome Envolvido	Envolvimentos
Valmir Martins dos Santos	Possuidor

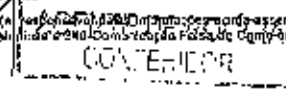
RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não é habilitado, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo na motocicleta devidamente descrita acima de propriedade de GENEZIO LOPES DE ARAUJO. Que perdeu o controle da motocicleta, se desequilibrou e caiu. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido para o hospital. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42003909
Responsável pelo Aterramento


Valmir Martins dos Santos
(Vítima / Comunicante)



"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) autor(es) da(s) ocorrência(s) registrada(s) e assumo a responsabilidade por ela, e com o presente declaro que o(s) original, conforme previsto nos Artigos 339 - Denúncia e 340 - Comunicação de Fato da Lei de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4541335

ROSE APARECIDA RODRIGUES

AV PRINCIPAL CASA, 74 ,

CONJUNTO DOS PIONEIROS 69340000 MUCAJAI

RR

CÓDIGO ÚNICO 5490049	MÊS 01/2020	PERÍODO DE CONSUMO 27-DEC-19 a 29-JAN-20
CONSUMO (kWh) 30	VENCIMENTO 14-FEB-20	TOTAL A PAGAR R\$ 46,86

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

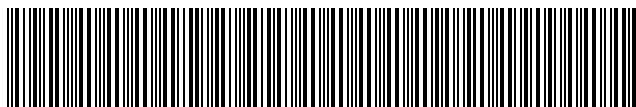
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 5490049	MÊS 01/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 46,86
--------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

836500000002.468600750003.000000005496.004901200057



**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

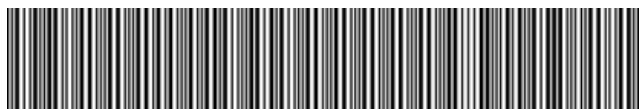
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular 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 Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Valmir Martins dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 694.398.934 / 00
do sinistro de DPVAT cobertura Incóliz da Vítima Valmir Martins dos Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 694.398.934 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua CC 18</u>	Número: <u>295</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Ourá Moura</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-085</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 29 de Abril de 2020

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.Pelo exposto, eu William Gonçalves Francoinscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343, 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioJosé Erick Guimarães Brancos inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.446.552, 15.do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Erick Guimarãesinscrito (a) no CPF sob o Nº 100.446.552, 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-085</u>	Tel (DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 23 de Abril de 2020William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 835.396.343 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Valmir Martins dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 694.398.934 / 00
do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Valmir Martins dos Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 694.398.934 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Saura Moura</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-085</u>	Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 29 de Abril de 2020

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

1901200990 23/12/2019 00:10:18 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 2

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF 07 Prontuário

VALMIR MARTINS DOS SANTOS 05/01/1969 50 A 11 M 18 D

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade

M M NAO Parda C Brasileira

Mãe SEVERINA MARTINS DOS SANTOS NI Contato

Endereço RUA - - SN - - BOA VISTA - RR Ocupação

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

ACIDENTE DE MOTO URGÊNCIA

Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:

GRANDE TRAUMA SAMU CAPITAL CLAUDECI.RODRIGUES

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL 2

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente confuso, não sabe dizer o que ocorreu, relato dor em hemitórax e dificuldade p/ respirar.

Exame Físico

A = vs. periorais, p/ emicardio C = PP < 3 s, pele estorcel

B = tórax assimétrico, doloroso D = SCA 13

C = enfisema em H+X (E) E = membros + alterações

Hipótese Diagnóstica

Neumopneumotórax (E)

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Drenagem de tórax em sítio d'água

2) Tramadol 100mg + SFO 9% 100ml (E) - 01:30hs

Condução

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: claudeci.rodrigues

Data Hora: 23/12/2019 00:13:12

1901200990

Alter: 01/01/2020



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

HGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HGR

4 - CNES

BLOCO A

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Valmir Martins dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

177224

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/01/69

9 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Suzana Martins dos Santos

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de trauma de entrada no hospital com queixa de dor em HTX @.
Ao exame: assimétrico de tórax + enfisema subcutâneo extenso @.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

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

Exame físico + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Pneumotórax

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Dreno de tórax em selo d'água @.

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

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

00910137200

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Larissa Madureira

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/12/19

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

Dr. Larissa M. Madureira
Médica
CRM-RR 2138

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

23/12/19

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

0412040166
5270
W499



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA



Descrição de Procedimento

Nome: **VALMIR MARTINS DOS SANTOS**

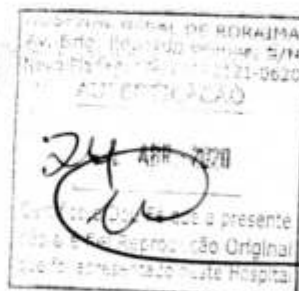
Profissionais: Dr. ARNALDO / LARISSA MADUREIRA

Data: 23/12/19

- 1- Paciente em DDH + Assepsia e Antissepsia.
- 2- Anestesia Local em 5º EIC, linha axilar média, em hemitórax "E", superficial e profunda.
- 3- Incisão respeitando o sentido das costelas em 5º espaço intercostal.
- 4- Divulsão com Kelly Curva sobre a borda superior da costela inferior, divulsão até a cavidade torácica, dissecação romba com avaliação digital, com saída de sangue (300ml) e ar sob pressão.
- 5- Passagem de tubo fenestrado nº 34 em sentido póstero-superior.
- 6- Conexão do tubo ao sistema fechado em selo d'água.
- 7- Fixação do tubo à pele com Nylon 0-0 (ponto em "U") e ponto de segurança com fio Nylon 1.
- 8- Limpeza local e curativo oclusivo.
- 9- Dreno funcionante (oscilante).
- 10- Solicito Rx de tórax após passagem de dreno.

[Signature]
Dra. Larissa N. Madureira
Médica
CRM-RR 2138

[Signature]
Dr. Arnaldo J. H. Pérez
CRM-RR 1770 / RQE: 176
Cirurgião Geral





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



20-3

ALERGIA: NÃO: ☒ SIM: ☐

NOME	VALMIR MARTINS DOS SANTOS				LEITO	GT	DATA	23/12/19		
1	Dieta livre				5262					
2	AVP									
3	Cefalotina 1g EV 6/6h	305P			66-12-18-24					
4	Dipirona 2g EV de 4/4h				66-12-18-24					
5	Tramadol 100mg + SFO, 9% 100ml EV SN	23/15			SN					
6	Ondansetrona 8mg EV de 8/8h SN				SN					
7	Omeprazol 40mg EV 1x/dia				66					
8	Captopril 25 mg 1cp VO se PAS \geq 160mmHg E/OU PAD \geq 110mmHg				Alvecos					
9	Fisioterapia respiratória 1x/dia									
10	Curativo diário				M					
11	Insulina Regular conforme esquema									
12	Anotar débito e aspecto do dreno									
13	SSVV + CCGG									
14	AO BLOCO, SE VAGA									
15										
16										
HORÁRIO		12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular	HORA	DEXTRO	INSULINA
PA						< 70	Glicose 50% 40 ml EV			
FC						< 200	0 UI - SC			
TEMPERATURA						201-250	02 UI - SC			
FR						251-300	04 UI - SC			
DIURESE						301-350	06 UI - SC			
EVACUAÇÃO						351-400	08 UI - SC			
CURATIVO						>400	10 UI - SC			
							CHAMAR PLANTONISTA			

Dr. Valmir K. Martins
Otorrinolaringologista
CRM-RR 2130

Dr. Valmir K. Martins
Otorrinolaringologista
CRM-RR 2130

66-12-18-24

66-12-18-24

Isabel Filizzola
Enfermeira
COREN-RR 56.794-EWF

120-3

HEMOPNEUMOTÓRAX E
Anotação da Enfermagem

SAV-14
PA: 13+8
FC: 75 bpm



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



120-3

CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME		Valmir Martins Dos Santos			LEITO	BL A 120-3	DATA	24/12/2019		
1.		Dieta oral livre					HD	HMPNTX		
2.		Clavulin 1,2g, EV, 8/8h								
3.		Omeprazol 20 mg, EV, 1x/dia								
4.		Dipirona 1g, EV, 6/6h								
5.		Ondansetrona 8mg, EV, 8/8h, SN								
6.		Tramadol 100 mg + SF 0,9% 100ml, EV, 8/8 h, SN								
7.		SSV + CCGG								
8.										
9.										
10										
SINAIS VITAIS										
HORÁRIO		12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular	HORA	DEXTRO	INSULINA
PA						< 70	Glicose 50% 40 ml EV			
FC						< 200	0 UI - SC			
TEMPERATURA						201-250	02 UI - SC			
FR						251-300	04 UI - SC			
DIURESE						301-350	06 UI - SC			
EVACUAÇÃO						351-400	08 UI - SC			
CURATIVO						>400	10 UI - SC			
							CHAMAR PLANTONISTA			

[Signature]
CD: mantida
Chefe da visita: Dr.

[Stamp]
24

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

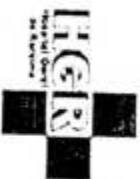
Atualizada: 12/2018

Paciente: *Valmir M. dos Santos*

Leito: *120 - 3.*

Data: *24/11/19*

Localização			Região: <i>Dreno</i>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input checked="" type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____		
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<i>Rosilene de.</i>		<i>Jucilene M.</i>		
Observações:	 				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME		Valmir Martins Dos Santos			LEITO	BL A 120-3	DATA		25/12/2019	
1. Dieta oral livre							HD		HMPNTX	
2. Clavulin 1,2g, EV, 8/8h							EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:			
3. Omeprazol 20 mg, EV, 1x/dia							Pct no leito, deambula, sem queixas. Déb. De dreno: 500 mL.			
4. Dipirona 1g, EV, 6/6h							CD: mantida + solicito radiografia de tórax.			
5. Ondansetrona 8mg, EV, 8/8h, SN							Chefe da visita: Dr.			
6. Tramal 100 mg + Sf 0,9% 100ml, EV, SN										
7. SSVV + CCGG										
8.										
9.										
10										
SINAIS VITAIS										
HORÁRIO		12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular	HORA	DEXTRO	INSULINA
PA						< 70	Glicose 50% 40 ml EV			
FC						< 200	0 UI - SC			
TEMPERATURA						201-250	02 UI - SC			
FR						251-300	04 UI - SC			
DIURESE						301-350	06 UI - SC			
EVACUAÇÃO						351-400	08 UI - SC			
CURATIVO						>400	10 UI - SC			
							CHAMAR PLANTONISTA			



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



120-3


CIRURGIA GERAL

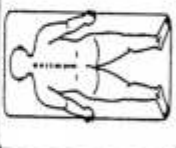





ALERGIA NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME		Valmir Martins Dos Santos			LEITO	BLA 120-3		DATA	26/12/2019			
1. Dieta oral livre					HD		HMPNTX					
2. Clavulin 1,2g, EV, 8/8h												
3. Omeprazol 20 mg, EV, 1x/dia												
4. Dipirona 1g, EV, 6/6h												
5. Ondansetrona 8mg, EV, 8/8h, SN												
6. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100ml, EV, SN												
7. SSVV + CCGG												
8.												
9.												
10												
SINAIS VITAIS												
HORÁRIO		12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular		HORA	DEXTRO	INSULINA	
PA						< 70	Glicose 50% 40 ml EV					
FC						< 200	0 UI - SC					
TEMPERATURA						201-250	02 UI - SC					
FR						251-300	04 UI - SC					
DIURESE						301-350	06 UI - SC					
EVACUAÇÃO						351-400	08 UI - SC					
CURATIVO						>400	CHAMAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:
Pct no leito, deambula, com queixa algica em local de inserção do dreno, sem outras queixas.
Déb. de dreno: 300 ml.
CD: mantida + aguardo diminuição de déb e melhora da coloração para programação de alta.
Chefe da visita: Dra. Liana

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR				
Paciente: Valmir mantens dos Santos		Data: 26/12/2014			
Leito: 120-3					

Localização		Região: <u>coxa L.E.</u>		Região: <u>MSD</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u>lesão tração</u>	Grau: I () II (X)	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u>tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (X)
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada. (X) Dreno/Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada. () Dreno/Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros
Pele Perilesional	(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	(X) Normal (X) Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal (X) Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal (X) Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado (X) Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 (X) Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	 Larissa Alves, RNT 180.20 Técnica de Enfermagem	 Renata Silva Rodrigues COREN-RR 415212 - AE		
Observações:				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: ☐ SIM: ☐

120-3

NOME		Valmir Martins Dos Santos				LEITO	BLA 120-3	DATA		27/12/2019	
1. Dieta oral livre								HD		HMPNTX	
2. Clavulin 1,2g, EV, 8/8h											
3. Omeprazol 20 mg, EV, 1x/dia											
4. Dipirona 1g, EV, 6/6h											
5. Ondansetrona 8mg, EV, 8/8h, SN											
6. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100ml, EV, SN											
7. SSVV + CCGG											
8.											
9.											
10											
<p><i>[Signature]</i> Médico Residente Clínica Geral Ortopedia, 18/11/19</p>											
SINAIS VITAIS											
HORÁRIO		12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular Glucose 50% 40 ml EV	HORA	DEXTRO	INSULINA	
PA						< 70	0 UI - SC				
FC						< 200	02 UI - SC				
TEMPERATURA						201-250	04 UI - SC				
FR						251-300	06 UI - SC				
DIURESE						301-350	08 UI - SC				
EVACUAÇÃO						351-400	10 UI - SC				
CURATIVO						>400	CHAMAR PLANTONISTA				

notas: 1. paciente acorre bem.

EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:
Pct no leito, deambula, sem queixas. Déb. de
dreno: 100 ml de coloração sangüinolenta
em 2h (de 23h).
CD: mantida + solicito radiografia de tórax.
Chefe da visita: Dr. Éder



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME		Valmir Martins Dos Santos			LEITO	BL A 120-3	DATA		28/12/2019		
D5	1. Dieta oral livre						HD	HMPNTX			
	2. Clavulin 1,2g, EV, 8/8h										
	3. Omeprazol 20 mg, EV, 1x/dia										
	4. Dipirona 1g, EV, 6/6h										
	5. Ondansetrona 8mg, EV, 8/8h, SN										
	6. Tramal 100 mg + Sf 0,9% 100ml, EV, SN										
	7. SSV + CCGG										
	8.										
	9.										
	10										
SINAIS VITAIS											
HORÁRIO		12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular				
PA						< 70	Glicose 50% 40 ml EV				
FC						< 200	0 UI - SC				
TEMPERATURA						201-250	02 UI - SC				
FR						251-300	04 UI - SC				
DIURESE						301-350	06 UI - SC				
EVACUAÇÃO						351-400	08 UI - SC				
CURATIVO						>400	10 UI - SC				
						CHAMAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:
Pct no leito, deambula, sem queixas. Deb. de dreno: 200 ml de coloração sanguinolenta.
CD: mantida + aguardo 5 dias de dreno para programar retirada.
Chefe da visita: Dr. Éder

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

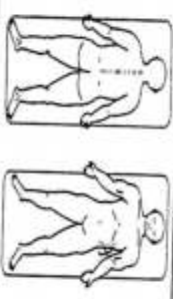
Paciente:

Leito: 120-3

Data: 08/12/13

Valmir Martins dos Santos

Localização



Região: Tronco e

Grau: I (X) II ()

Etiologia

() LPP I II III IV ?* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma : Tração Fixador Externo () ortopedia
() Outro:

Aparência do Leito

() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada (X) Dreno/ Sonda () Outros

Pele Perilesional

(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguíneo () Seco
() Outro:

Quantidade de Exsudato

() Molhado (X) Úmido () Seco

Solução de Limpeza

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%

Cobertura primária

(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

Troca

() 12/12 (X) Diário () 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Valmir Martins dos Santos

Valmir Martins dos Santos

Observações:



Região: Tronco

Grau: I (X) II ()

() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma : Tração Fixador Externo () ortopedia
(X) Outro: Amarela/Negra

() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (X) Granulação () Epitelização
() Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros

(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro:

() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguíneo () Seco
() Outro:

() Molhado (X) Úmido () Seco

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%

(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

() 12/12 (X) Diário () 48/48h

Valmir Martins dos Santos

Valmir Martins dos Santos



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: ☐ SIM: ☐

Nome

Matheus Martins Dos Santos

LEITO

BLA 120-3

DATA

29/12/2019

1. Dieta oral livre

D5 2. Clavulin 1,2g, EV, 8/8h

3. Omeprazol 20 mg, EV, 1x/dia

4. Dipirona 1g, EV, 6/6h

5. Ondansetrona 8mg, EV, 8/8h, SN

6. Furosemida 40 mg + SF 0,9% 100ml, EV, SN

7. SSVV + CCGG

8.

9.

10

SINAIS VITAIS

HORARIO

12H

18H

24H

06H

DEXTRO

Insulina Regular

HORA

DEXTRO

INSULINA

PA

12H

18H

24H

06H

< 70

Glucose 50% 40 ml EV

HORA

DEXTRO

INSULINA

TEMPERATURA

12H

18H

24H

06H

< 200

02 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

FR

12H

18H

24H

06H

251-300

04 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

DIURESE

12H

18H

24H

06H

301-350

06 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

EVACUAÇÃO

12H

18H

24H

06H

351-400

08 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CURATIVO

12H

18H

24H

06H

>400

CHAMAR PLANTONISTA

HORA

DEXTRO

INSULINA

CD: mantida + Solicito Rx de torax.
Chefe da visita: Dr. Éder e Dr. Alexander.

EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:
Deixou febre, deambula, sem queixas. Deixou diurese. 150 ml de coloração sanguinolenta.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



120-3

CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: ☐ SIM: ☐

Nome

Leandro Martins Dos Santos

LEITO

RLA 120-3

DATA

30/12/2019

1. Dieta oral livre

D8 2. Clavulin 1,2g, EV, 8/8h

3. Oxazolidinona 40 mg, EV, 1x/dia

4. Digoxina 1g, EV, 5/5h

5. Sulfato de 2mg, EV, 3/4h, SN

6. Heparina 4 + SE 0,5% 100ml, EV, SN

7. SNTA - C006

8.

9.

10

Dra. Liana

Assinatura

CD: Mantida + solicito TC de tórax (para melhor avaliação de secreção sangüinolenta)
Chefe da visita: Dra. Liana

EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:

30 no leito, deambula, sem queixas. Deu de
crenos: 100 ml de coloração sangüinolenta.

HD

HMPNTX

SINAIS VITAIS

HORÁRIO

12H

18H

24H

06H

DEXTRO

Insulina Regular

HORA

DEXTRO

INSULINA

PA

FC

TEMPERATURA

FR

DIURESE

EVACUAÇÃO

CURATIVO

< 70

< 200

201-250

251-300

301-350

351-400

>400

Glicose 50% 40 ml EV

0 UI - SC

02 UI - SC

04 UI - SC

06 UI - SC

08 UI - SC

10 UI - SC

CHAMAR PLANTONISTA

Abordagem realizada
pelo Dr. Liana
Bom exame físico
e laboratório 500 ml de
SVOA.

Alana B. Mendes
Enfermeira
CORREIO - 18749



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



120-3

70

CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME		Valmir Martins Dos Santos			LEITO	BLA 120-3	DATA	31/12/2019	
1. Dieta oral livre							HD	HMPNTX	
D9							EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:		
2. Clavulin 1,2g, EV, 8/8h							Pct no leito, deambula, sem queixas. Deb. de dreno: 0 ml de coloração límpida.		
3. Omeprazol 20 mg, EV, 1x/dia									
4. Dipirona 1g, EV, 6/6h									
5. Ondansetrona 8mg, EV, 8/8h, SN									
6. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100ml, EV, SN									
7. SSVV + CCGG									
8.									
9.									
10									
SINAIS VITAIS					DEXTRO	Insulina Regular	HORA	DEXTRO	INSULINA
HORÁRIO		12H	18H	24H	06H				
PA						< 70	Glicose 50% 40 ml EV		
FC						< 200	0 UI - SC		
TEMPERATURA						201-250	02 UI - SC		
FR						251-300	04 UI - SC		
DIURESE						301-350	06 UI - SC		
EVACUAÇÃO						351-400	08 UI - SC		
CURATIVO						>400	10 UI - SC		
							CHAMAR PLANTONISTA		

Indicações da farmácia



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME	Valmir Martins Dos Santos			LEITO	BL A 120-3	DATA	01/01/2020
D10	1. Dieta oral livre					HD	HMPNTX
	2. Clavulin 1,2g, EV, 8/8h				08 36 24		
	3. Omeprazol 40 mg, EV, 1x/dia				08		
	4. Dipirona 1g, EV, 6/6h				12 38 24 06		
	5. Ondansetrona 8mg, EV, 8/8h, SN				50		
	6. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100ml, EV, SN						
	7. SSV + CCGG						
	8. ALTA HOSPITALAR						
	9.						
	10						
SINAIS VITAIS							
HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular	HORA DEXTRO INSULINA
PA					< 70	Glicose 50% 40 ml EV	
FC					< 200	0 UI - SC	
TEMPERATURA					201-250	02 UI - SC	
FR					251-300	04 UI - SC	
					301-350	06 UI - SC	
DIURSE					351-400	08 UI - SC	
EVACUAÇÃO						10 UI - SC	
CURATIVO					>400	CHAMAR PLANTONISTA	

Alta !!!

EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:
Pct no leito, deambula, sem queixas. Déb. de dreno: 0 ml de coloração límpida.
CD: mantida + solicitado radiografia de tórax (sem alterações dignas de nota ou que justifiquem a sua internação) retiro dreno de tórax + alta hospitalar.
Chefe da visita: Dr. Éder



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

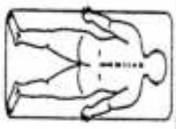



Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: *Valmir moutinho dos Santos*

Leito: *120-3*Data: *01/01/2020*

Localização	 		Região: <i>MSD</i>	 		Região: _____
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____		Grau: I () II ()	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____		Grau: I () II ()
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 () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____			() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () 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:	<i>Renata Vanessa</i>			<i>Carissa Alves Mota</i> Técnica de Enfermagem CRP-RR 1291-28 - 11		
Observações:	_____ _____ _____					



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA

SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

RESUMO DE ALTA

NOME: Valmir Martins Dos Santos
DATA DA INTERNAÇÃO: 23/12/2019
DATA DO PROCEDIMENTO CIRURGICO: 23/12/2019
DATA DA ALTA: 01/01/2020
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Dra. Larissa Madureira

DIAGNÓSTICO:

Pneumotórax à esquerda

TRATAMENTO

Toracostomia em selo d'água à esquerda

EVOLUÇÃO

Paciente evolui sem intercorrências, deambulando, aceitando bem a dieta ofertada, com funções fisiológicas preservadas, sem queixas, apto a alta hospitalar, recebe-a.

ORIENTAÇÕES

1. Lavar ferida de inserção de dreno com água e sabão, manter curativo local limpo e seco.
2. Manter curativo oclusivo pós-retirada de dreno por 48h sem efetuar a troca do mesmo.
3. Dieta oral livre, a respeitar as restrições alimentares que tenha por outras doenças, caso haja.
4. Retornar ao pronto socorro se febre, dor intensa, falta de ar, sinais de infecção em ferida ou dúvidas.

Médico(a)

Boa Vista-RR, 1 de janeiro de 2020

PACIENTE: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

DATA: 05/02/2020

EXAME: TC DE TÓRAX

MÉDICO SOLICITANTE: CLEUDER CORDEIRO GANEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

Técnica: Foram realizados cortes axiais através da técnica multislice, sem a infusão de substância de contraste iodado, incluindo técnica de alta resolução para o parênquima pulmonar.

Análise das imagens:

Espessamento pleural apical com algumas estrias atelectásicas, residual.

Espessamento de brônquios.

Não há evidências de lesões consolidativas no parênquima pulmonar.

Traqueia e brônquios principais péricios.

Nódulo calcificado no segmento posterior do lobo superior direito, medindo cerca de 0,4 cm, residual.

Nódulo calcificado no segmento basal lateral do lobo inferior direito, medindo cerca de 0,3 cm, residual.

Fratura consolidada, desalinhada, no 7º, 8º e 9º arco costal posterior à esquerda.

Ausência de derrame pleural.


Não há sinal de linfonodomegalias mediastinais.

Osteófitos anteriores na coluna torácica.

Conclusão:

- 1. Espessamento de brônquios.**
- 2. Não há evidências de lesões consolidativas no parênquima pulmonar.**
- 3. Nódulo calcificado no segmento posterior do lobo superior direito, medindo cerca de 0,4 cm, residual.**
- 4. Nódulo calcificado no segmento basal lateral do lobo inferior direito, medindo cerca de 0,3 cm, residual.**
- 5. Fratura consolidada, desalinhada, no 7º, 8º e 9º arco costal posterior à esquerda.**
- 6. Não há sinal de linfonodomegalias mediastinais.**

O exame foi analisado e armazenado de maneira digital (PACS) e documentado de maneira analógica.



Dr. Juan Carlos de Sousa Marinho Vila
CRM 8769-AM



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que Valmir Martins Dos Santos foi admitido no dia 23/12/2019 pela equipe de cirurgia geral e permaceu por este período aos nossos cuidados.

Recebe alta hoje, dia 01/01/2020 e necessitará de **15 dias, a contar da data de alta hospitalar**, de repouso de suas atividades laborais para fins de sua recuperação.

Médico(a) *Chimaira J. Silva*

Boa Vista-RR, 1 de janeiro de 2020.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA

SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

RESUMO DE ALTA

NOME: Vaimir Martins Dos Santos

DATA DA INTERNAÇÃO: 23/12/2019

DATA DO PROCEDIMENTO CIRURGICO: 23/12/2019

DATA DA ALTA: 01/01/2020

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Dra. Larissa Madureira

DIAGNÓSTICO:

Pneumotórax à esquerda

TRATAMENTO

Toracostomia em selo d'água à esquerda

EVOLUÇÃO

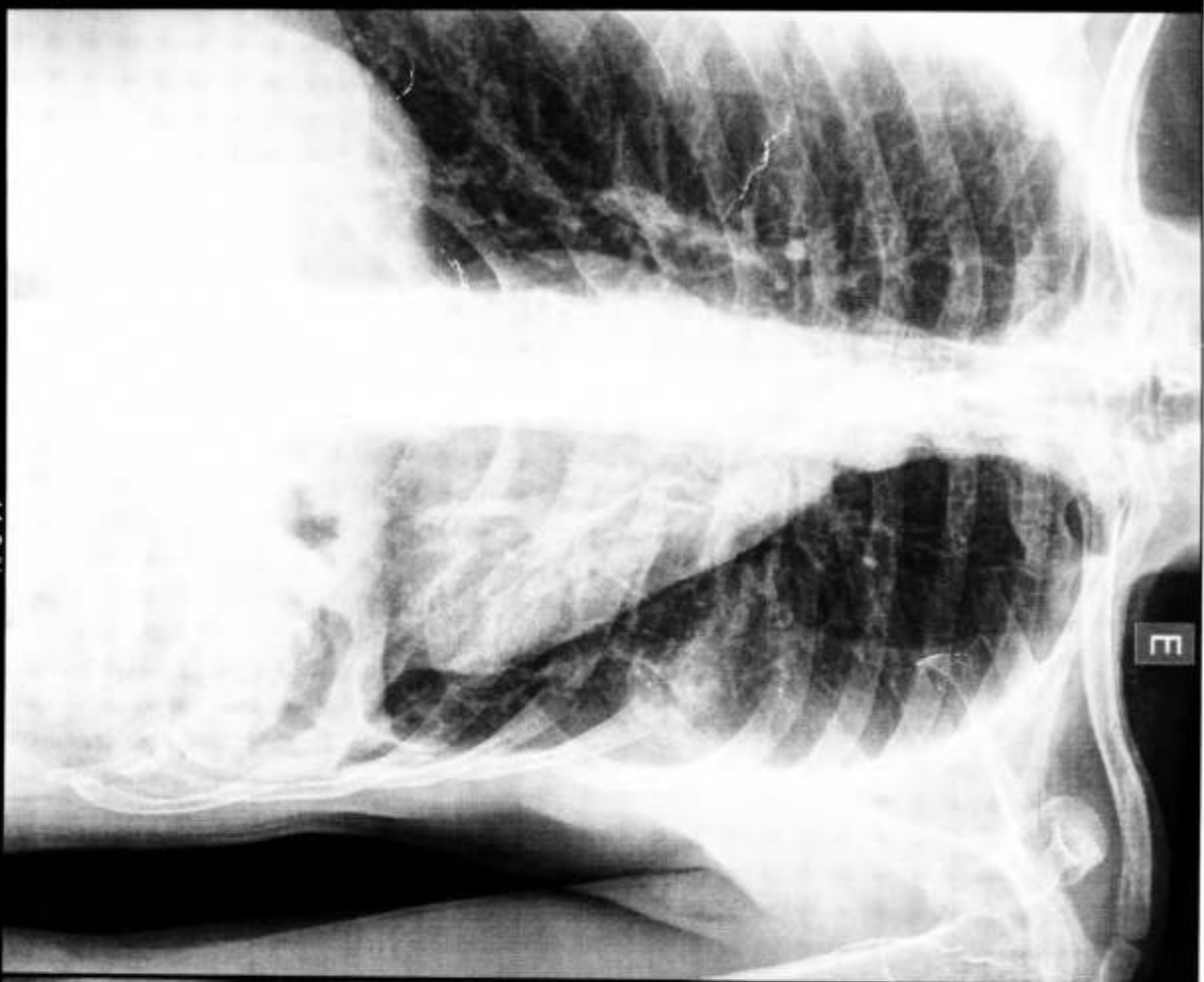
Paciente evolui sem intercorrências, deambulando, aceitando bem a dieta ofertada, com funções fisiológicas preservadas, sem queixas, apto a alta hospitalar, recebe a

ORIENTAÇÕES

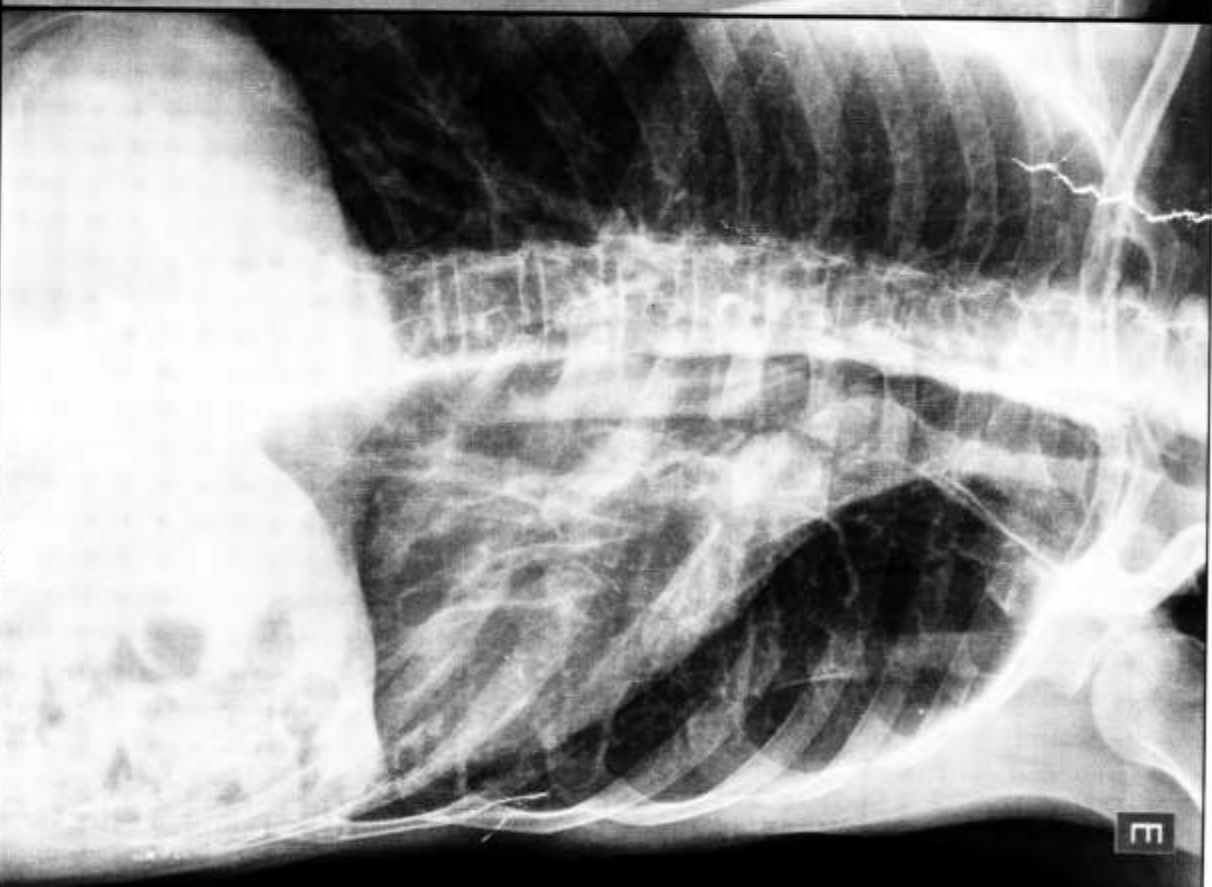
1. Lavar ferida de inserção de dreno com água e sabão, manter curativo local limpo e seco.
2. Manter curativo oclusivo pós-retirada de dreno por 48h sem efetuar a troca do mesmo.
3. Dieta oral livre, a respeitar as restrições alimentares que tenha por outras doenças, caso haja.
4. Retornar ao pronto socorro se febre, dor intensa, falta de ar, sinais de infecção em ferida ou dúvidas.

Médico(a)

Boa Vista-RR, 1 de janeiro de 2020



41,8 %



41,8 %

Biolider

VALMIR MARTINS DOS SANTOS

116663

05/01/1969

BIOIDER

05/02/2020

Tec.: THIAGO



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
694.398.934-00

Nome
VALMIR MARTINS DOS SANTOS

Nascimento
05/01/1969

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

VALMIR MARTINS DOS SANTOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

05/01/1969

CÓDIGO DE CONTROLE
5B86.2F9C.ECD0.41EC

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 16:04:23 do dia 07/05/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2878155-4 08/10/2014

VALMIR MARTINS DOS SANTOS

SEVERINA MARTINS DOS SANTOS

SAO MIGUEL CAMPOS-AL 05/01/1969

MAT. 33760155-1982-1-17-213-200

39-90 SAO MIGUEL DOS CAMPOS-AL

Silvado José Neri Albuquerque
Diretor de IACF
Mat. 111.935-44

PI154-MPM 2A VIA

P.N. 7.116 DE 28/08/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA 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

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

2 VIA

Partido Político Brasileiro do Partido Civil
Diretor de Ident.

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134119/20

Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

CPF: 694.398.934-00

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 23/12/2019

Titular do CPF: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

CPF de: Próprio

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

VALMIR MARTINS DOS SANTOS : 694.398.934-00

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: 08/05/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200171871 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/12/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 7º, 8º E 9º ARCOS COSTAIS À ESQUERDA COM DERRAME PLEURAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TORACOSTOMIA)
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200171871 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/12/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TORACOSTOMIA)
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Valmir Martins dos Santos
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Motorista RG: 2878155-4
CPF: 694.398.934-00 ENDEREÇO: Rua Principal Cpo. 74.
BAIRRO: Conf. dos Mionica CIDADE: Mucabi
CEP: 69.340-000.

VÍTIMA: Valmir Martins dos Santos
CPF: 694.398.934-00 DATA DO ACIDENTE: 23.12.2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Corretor ÓRGÃO EMISSOR: SESP/R
Nº DO RG: 939717
DATA DE EMISSÃO: 13/10/2016
Nº CPF: 825.396.543-20
ENDEREÇO: Rua C. C. 18.293 Lavoura Moura

PODERES:

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

Boa Vista RR, 17 de Fevereiro de 2020

CARTÓRIO
LOUREIRO

Valmir Martins dos Santos
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO
TOMILHO E REGISTRO
REC. AUT. EM 17/02/2020
CPF Solicitante: 46380736204
Emol: 2,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10V
Selo: REC FIR 150349 OOH B4 VBJ 25MM F18 Nº Ticket: 0036204
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalseiirr.com.br>
Escriturante Autorizada
Cartório Loureiro

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento, Dou fé.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134119/20

Número do Sinistro: 3200171871

Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

CPF: 694.398.934-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/12/2019

Titular do CPF: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 29/05/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134119/20

Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

CPF: 694.398.934-00

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 23/12/2019

Titular do CPF: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

CPF de: Próprio

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

VALMIR MARTINS DOS SANTOS : 694.398.934-00

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: 08/05/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134119/20

Número do Sinistro: 3200171871

Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

CPF: 694.398.934-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/12/2019

Titular do CPF: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 20/05/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO