

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

Rio de Janeiro, 11 de 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



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

Rio de Janeiro, 11 de 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/incorrecto. 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

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

Rio de Janeiro, 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/incorrecto. 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

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

Rio de Janeiro, 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

PEDIDO DO SEGURO DPVATExiste(s) tipo(s) de cobertura: DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE2 - N° do sinistro da ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
398.934-00 Valmir Martins dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)-CÍRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: Valmir Martins dos Santos CPF: 694.398.934-00
6 - Profissão: Agricultor 7 - Endereço: AV. Principal
8 - Bairro: Centro 9 - Cidade: Mucugai
10 - Telefone: 11 - E-mail: 12 - Estado: RR 13 - CEP: 69.340-000
14 - Tel. (DDD): 69113-3855

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECEJO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA: 9

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo à 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 suavemente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Se for o prosseguição da análise do meu pedido de indenização no Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica prisional, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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 prévio concordâncio 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 de 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: Sim 29 - Se tem filhos, informar se vive: Sim 30 - Vítima deixou nascituro (bebês): Sim 31 - Vítima teve irmãos: Sim 32 - Se tem irmãos, informar se vive: Sim 33 - Vítima deixou pais/avós vivos: Sim
 Não Vivos: Falecidos: Sim Não NÃO NÃO NÃO NÃO

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias 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 de responsabilidade criminal por infração ao artigo 289 do Código Penal.

34
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

X Valmir Martins dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Bonfatto

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

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

Local do Fato

Município: Mucajai (RR)

Logradouro: RR-325

Complemento: Estrada que liga o Município de Mucajai 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: (96) 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 Véículo Roraima
Município Véículo 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	Página 1 de 2
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo	
Data de Impressão: 17/02/2020 11:39	
Protocolo nº: Não disponível	PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



**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 Policia
Matricula 42001909
Responsavel para Alerta Minuto

Valmir Martins dos Santos
(Vilhena / Comunidade)

CONTENTS



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 RODRIGUESAV 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



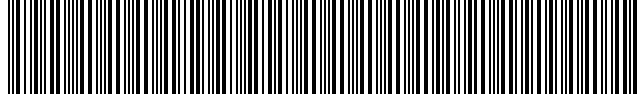
RORAIMA ENERGIA

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



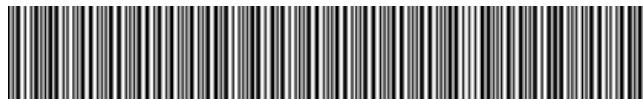
RORAIMA ENERGIA

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
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059



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, APPLICAR 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 Invalidez 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 Lider-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>Barra Móriva</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:
E-mail:	<u>Wfrancs992@gmail.com</u>	CEP:	<u>69.318-085</u>	Tel. (DDO):

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 445/12

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)

Capital 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 RESEGURO. 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 825.396.343-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Erick Guimaraes Branellas inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.446.552-15.

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Erick Guimaraes.

inscrito (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 Lider-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>Loura Moreira</u>	Cidade:	<u>Bonito</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69.318-035</u>
E-mail:	<u>Wfranco992@gmail.com</u>			Tel.(DDD):	<u>99113-3855</u>		

Local e Data: Bonito RR 23 de abril de 2020

William 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/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 825.396.343-180, 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 Inválidos da Vítima Valmir Martins dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 694.398.934-100, 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 Lider-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:
E-mail:	<u>Wfrancs999@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



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	NAO	PARDA		BRASILEIRA
Mãe		SEVERINA MARTINS DOS SANTOS				INFORMADO	NI		
Endereço		RUA -- SN -- BOA VISTA - RR							
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira	Validade	Autorização		Sis Prenatal	
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		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem		GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)		Paciente confuso em saíde diger c/ eloreza o que ocorreu Relato dor em hemitórax a (E) e dificuldade p/ respirar							
Exame Físico		A: VZ periorbita, p/ cervicego B: bolo assimétrico, doloroso e C: enfisema em HIX (E). C: PT < 3s, pele e estômico D: SCG 13 E: membros p/ alterações							
Hipótese Diagnóstica		Síntopos e (E). Registrado por: CLAUDECI.RODRIGUES							
SADT - Exames Complementares		<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO				OBSERVAÇÃO			
① Drenagem de torax em s/ elo d'água ② Transtal 100mg 4SF 0,3% 100ml (E) - 01:30hs									
						Dr. Lúcia M. Matos Médica CRM/RR 2138			
						HOSPITAL DE RORAIMA Av. Eduardo Gómez, 5/5 CEP: 69010-000 Fone: (55) 2121-0020			
						AUTENTICAÇÃO 2019-12-23			
Conduta		<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:							
Óbito		<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) Resente <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: _____							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> 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									

Até: 01/01/2020

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HGR		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HGR		4 - CNES		
BLOCO A				
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE Volnei Martins dos Santos		6 - N.º DO PRONTUÁRIO 177274		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO 05/01/69		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Severina Martins dos Santos		11 - FONE DE CONTATO N.º DO FONE		
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF
				16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
<p>Paciente vítima de trauma da entrada no hospital com queixa de dor em HTX (C). Ao exame: assinatura de tórax + enfisema subcutâneo extenso à (C).</p>				
<p>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</p> <p>As caímos</p>				
<p>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</p> <p>Exame físico + Rx.</p>				
<p>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</p> <p>Exame físico + Rx.</p>				
<p>20 - DIAGNÓSTICO INICIAL</p> <p>Pneumotórax</p>				
<p>21 - CID 10 PRINCIPAL</p>				
<p>22 - CID 10 SECUNDÁRIO</p>				
<p>23 - CID 10 CÓDIGO ASSOCIADAS</p>				
<p>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</p> <p>Dreno de tórax em seio d'água à (C).</p>				
<p>25 - CLÍNICA</p>				
<p>26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO</p>				
<p>27 - DOCUMENTO</p>				
<p>28 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</p> <p>() CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF 009160537200</p>				
<p>29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</p> <p>Renato Madureira</p>				
<p>30 - DATA DA SOLICITAÇÃO</p> <p>23/12/19</p>				
<p>31 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)</p> <p>Dra. Renato M. Madureira Médico CRM/RN 2156</p>				
<p>32 - SÉRIE</p>				
<p>33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO</p>				
<p>34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</p>				
<p>35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</p>				
<p>36 - CNPJ DA SEGURADORA</p>				
<p>37 - N.º DO BILHETE</p>				
<p>38 - SÉRIE</p>				
<p>39 - CNPJ EMPRESA</p>				
<p>40 - CNAE DA EMPRESA</p>				
<p>41 - CBOR</p>				
<p>42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA</p>				
<p>() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO</p>				
<p>43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</p>				
<p>44 - COD. ÓRGÃO EMISOR</p>				
<p>45 - DOCUMENTO</p>				
<p>46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</p>				
<p>() CNS () CPF</p>				
<p>47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</p>				
<p>48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)</p>				
<p>0412040166</p>				
<p>5270</p>				
<p>W499</p>				



**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA**



Descrição de Procedimento

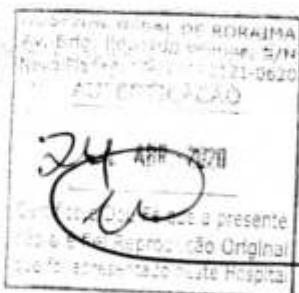
Nome: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

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- Divulsação com Kelly Curva sobre a borda superior da costela inferior, divulsação 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).
- 0- Solicito Rx de tórax após passagem de dreno.

Dr. Arnaldo J. H. Pérez
CRM-RR 2138
Dr. Arnaldo J. H. Pérez
CRM-RR 2138



J 20 - 3

ALERGIA: NÃO: SIM:

VALMIR MARTINS DOS SANTOS

LEITO GT DATA 23/12/19

1 Dieta livre
2 AVP
3 Cefalotina 1g EV 6/6h
4 Dipirona 2g EV de 4/4h
5 Tramal 100mg + SF 0,9% 100ml EV SN
6 Ondansetrona 8mg EV de 8/8h SN
7 Omeprazol 40mg EV 1x/dia

*Dr. Valmir Martins
Medico 2130
CIRURGIA 2130*

23/12/19

06h 12h 18h 24h

SN SN



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



180-3

CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: SIM:

Valmir Martins Dos Santos

LEITO **BL A 120-3** **DATA** **24/12/2019**

D1 1. Dieta oral livre

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, 8/8 h, SN

7. SSVV + CCGG

8.

9.

10.

HD

HMPNTX

EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:

Pct no leito, deambula, sem queixas, f.o. limpa e seca, sem queixas. Déb. De dreno: 350 mL e hoje, 24/12: 100 mL.

CD: mantida
Chefe da visita: Dr.

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			

24

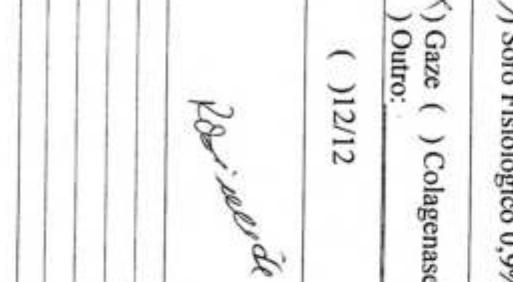
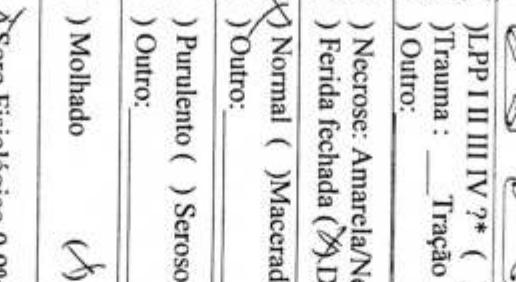
EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1
Versão:08
Paciente: *Valmir M. dos Santos*
Leito: 120 - 3.

Data: 24/12/2019
Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018

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



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: SIM:

NOME	VALMIR MARTINS DOS SANTOS	LEITO	BLA 120-3	DATA	25/12/2019	
					HD	HMPNTX
D2	1. Dieta oral livre					
	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
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

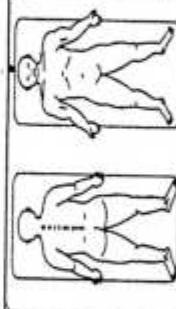
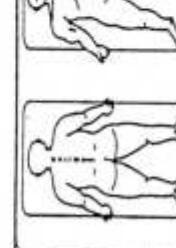
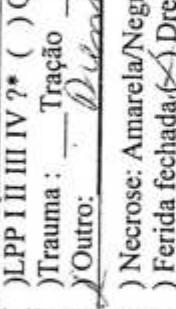
CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: ○ SIM: ○

CIRURGIA GERAL		ALERGIA NÃO: <input checked="" type="radio"/> SIM: <input type="radio"/>				
NOME	Valmir Martins Dos Santos	LEITO	BLA 120-3			
D3	1. Dieta oral livre 2. Clavulín 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.	DATA	26/12/2019			
		LEITO	BLA 120-3			
		HD	HMPNTX			
			Evolução médica do dia: Pct no leito, deambula, com queixa álgica 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			
SINAIS VITais		DEXTRO	Insulina Regular	HORA	DEXTRO	INSULINA
HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	< 70	Glicose 50% 40 ml EV
PA					< 200	0 UI - SC
FC					201-250	02 UI - SC
TEMPERATURA					251-300	04 UI - SC
FR					301-350	06 UI - SC
DIURESE					351-400	08 UI - SC
EVACUAÇÃO					>400	10 UI - SC
CURATIVO						CHAMAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR Tratamento de Feridas – HGR	Núcleo de Enfermagem em Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Paciente: Valmir Mancini dos Dantis	Leito: L20-3	Data: 26/11/2014		

Localização	Região:	Região:
		
()LPP I II III IV ?* () Trauma : _____ ()Outro: _____	Grau: I () II ()	Grau: I () II ()
() Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Tração _____ () Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____	() Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Tração _____ () Fixador Externo () Outro:	
() Necrose: Amarela/Negra () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	
() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Sero-sanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Sero-sanguíneo () Seco () Outro:	
() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	
() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento: <i>DR. ISSU ALVES JOSÉ</i> <i>Residência em Cirurgia de Trauma e Ortopedia</i> <i>DATA: 26/11/2014</i>	Repatá Silya Rodrigues CREF/RR 415272 - AF <i>P</i>	
Observações:		



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



1120-3

CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: SIM:

NOME
Valmir Martins Dos Santos

LEITO
BLA 120-3

DATA
27/12/2019

D4
1. Dieta oral livre

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. *Prescrição de*

9. *Prescrição de*

10. *Prescrição de*

EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:
pt no leito, deambula, sem queixas. Déb. de dreno: 100 ml, de coloração sanguinolenta.
CD: mantida + solicito radiografia de tórax.
Chefe da visita: Dr. Eder

SINAIS VITais

HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	DEXTERO	Insulina Regular	HORA	DEXTERO	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			

notas: + acesso dentro Unidade.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PREScrição MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: SIM:

Valmir Martins Dos Santos

LEITO **BLA 120-3** **DATA** **28/12/2019**

D5
1. Dieta oral livre
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. SSWV + CCGG

8.
9.
10.

W
16-12-24-08

SN
Retirada

HD
HMPNTX

EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:
 Pct no leito, deambula, sem queixas. Déb. de dreno: 200 mL de coloração sanguinolenta.

CD: mantida + aguardo 5 dias de dreno para programar retirada.
Chefe da visita: Dr. Eder

SINAIS VITAIS

HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	DEXTRIO	Insulina Regular	HORA	DEXTRIO	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

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

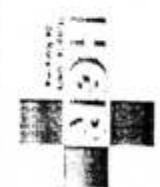
Paciente: Valmira Martins da Silva
Leito: 120 - 3

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Localização	Região: <i>Pernas</i>	Região: <i>Cintura</i>
() LPP I II III IV ?* () Trauma: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II ()	<input checked="" type="checkbox"/> Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II ()
() Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia () DM () Vascular	<input checked="" type="checkbox"/> Trauma: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Trauma: _____
() Fixador Externo () Ortopedia	<input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo () Ortopedia	<input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo () Ortopedia
() Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação () Epitelização
() Ferida fechada <input checked="" type="checkbox"/> Dreno/ Sonda () Outros	() Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo () Seco	() Purulento () Seroso () Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo () Seco
Quantidade de Exsudato	() Outro: _____	() Outro: _____
Solução de Limpeza	() Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido () Seco	() Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido () Seco
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%
Troca	() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h	() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Leandro</i>	<i>Leandro</i>
Observações:		



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: SIM:

Medicamentos Dados Sintéticos

LEITO **BLA 120-3**

DATA **29/12/2019**

1. Dieta oral livre
 2. Clavulin 1,2g, EV, 8/8h
 3. Omeprazol 20 mg, EV, 1x/dia

Dipirona 1g, EV, 6/6h

5. Omeprazol 8mg, EV, 8/8h, SN
 6. Ivermectina 120mg + SF 0,9% 100ml, EV, SN

7. SSW + CCGG

8.

9.

10.

SND
 06 10 24

QD
 06 10 24 08

EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:

Pronto leito, desembulha, sem queixas. Déb. de

dreno: 150 mL de coleração sanguinolenta.

CV: mantida + Solícito Rx de tórax.

CF: Chefe da visita: Dr. Eder e Dr. Alexander.

	Sintomas Vitais								
	12H	18H	24H	06H	< 70	Glicose 50% 40 ml EV	HORA	DEXTRÔ	INSULINA
HORÍZONTE									
PA					< 200	0 UI - SC			
FC					201-250	02 UI - SC			
TEMPERATURA					251-300	04 UI - SC			
FR					301-350	06 UI - SC			
DIURESE					351-400	08 UI - SC			
EVACUAÇÃO					>400	10 UI - SC			
CURATIVO									

DIETAS
 Insulina Regular

HORA **DEXTRÔ** **INSULINA**

SND
 06 10 24

QD
 06 10 24 08



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



ALERGIA NÃO: SIM:

LEITO

PLA 120-3

DATA

30/12/2019

HMPNTX

- D8**
1. Dieta oral livre
 2. Clavulín 1,2g, EV, 8/8h
 3. Cefazolin 40 mg, EV, 1x/dia
 4. Dipiridina 1g, EV, 5/5h
 5. Glicose 50% 100ml, EV, 5N
 6. 5F 0,5% 100ml, EV, 5N
 7. 250mg
 - 8.
 - 9.
 - 10.

EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:
 Ceto: 150 ml de coletação sanguinolenta, sem queixas. Déj, de ceto: 150 ml de coletação sanguinolenta, sem queixas. Déj, de ceto: mantida + solicito TC de óticas (para menor avaliação da secreção sanguinolenta)

Chefe da visita: Dra. Liana

SINAIS VITAIS			
HORÁRIO	12H	18H	24H
PA			
FC			
TEMPERATURA			
FR			
DIURESE			
EVACUAÇÃO			
CURATIVO			

DEXTERO	Insulina Regular	HORA	DEXTERO	INSULINA
< 70	Glicose 50% 40 ml EV			
< 200	0 UI - SC			
201-250	02 UI - SC			
251-300	04 UI - SC			
301-350	06 UI - SC			
351-400	08 UI - SC			
>400	10 UI - SC			
CHAMAR PLANTONISTA				

ADOU 1000 ml de T. Ceto. Glicose 50% 40 ml EV. 02 UI - SC. 04 UI - SC. 06 UI - SC. 08 UI - SC. 10 UI - SC.

Salvo que T. Ceto. Glicose 50% 40 ml EV. 02 UI - SC. 04 UI - SC. 06 UI - SC. 08 UI - SC. 10 UI - SC.

DATA: 30/12/2019
PLANO: 120-3
REGISTRO: 120-3
CORRELAÇÃO: 120-3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVÍCIO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: SIM:

NOME **Valmir Martins Dos Santos**

LEITO

BLA 120-3

DATA

01/01/2020

1. Dieta oral livre

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

3. Omeprazol 40 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 + CCCG

(8. ALTA HOSPITALAR)

9.

10.

**08 36 24
06**

HM/PNTX

EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:

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

SINAIS VITAIS

DEXTERO

Insulina Regular

HORA

DEXTERO

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

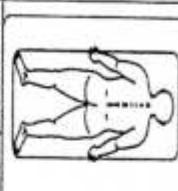
Atto III.

Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –

Paciente: Adriano M. G. S. Costa Protocolo n° 1 Versão:08

Elaborada: 02/2011

Atualizada: 12/2018

Localização		Região: <u>M.S.D</u>		Região: _____
Etiologia	(<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?*) (<input type="checkbox"/> Queimadura (<input type="checkbox"/> Cirurgia (<input type="checkbox"/> DM (<input type="checkbox"/> Vascular (<input type="checkbox"/> Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> (<input type="checkbox"/> ortopedia (<input type="checkbox"/> Outro:	(<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?*) (<input type="checkbox"/> Queimadura (<input type="checkbox"/> Cirurgia (<input type="checkbox"/> DM (<input type="checkbox"/> Vascular (<input type="checkbox"/> Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> (<input type="checkbox"/> ortopedia (<input type="checkbox"/> Outro:	(<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 _____	(<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 _____
Aparência do Leito	(<input 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: _____	(<input 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 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: _____	(<input type="checkbox"/> Purulento (<input type="checkbox"/> Seroso (<input 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 type="checkbox"/> Úmido (<input type="checkbox"/> Seco (<input type="checkbox"/> Molhado (<input type="checkbox"/> Úmido (<input type="checkbox"/> Seco (<input type="checkbox"/> Molhado (<input type="checkbox"/> Úmido (<input type="checkbox"/> Seco	(<input type="checkbox"/> Molhado (<input type="checkbox"/> Úmido (<input type="checkbox"/> Seco (<input type="checkbox"/> Molhado (<input type="checkbox"/> Úmido (<input type="checkbox"/> Seco (<input type="checkbox"/> Molhado (<input type="checkbox"/> Úmido (<input type="checkbox"/> Seco	(<input type="checkbox"/> Molhado (<input type="checkbox"/> Úmido (<input type="checkbox"/> Seco (<input type="checkbox"/> Molhado (<input type="checkbox"/> Úmido (<input type="checkbox"/> Seco (<input type="checkbox"/> Molhado (<input type="checkbox"/> Úmido (<input type="checkbox"/> Seco	(<input type="checkbox"/> Molhado (<input type="checkbox"/> Úmido (<input type="checkbox"/> Seco (<input type="checkbox"/> Molhado (<input type="checkbox"/> Úmido (<input type="checkbox"/> Seco (<input type="checkbox"/> Molhado (<input type="checkbox"/> Úmido (<input type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza	(<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input 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% (<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input 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% (<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input 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%	(<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input 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% (<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input 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% (<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input 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 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: _____	(<input 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 type="checkbox"/> Diário (<input type="checkbox"/> 48/48h (<input type="checkbox"/> 12/12 (<input type="checkbox"/> Diário (<input type="checkbox"/> 48/48h	(<input type="checkbox"/> 12/12 (<input type="checkbox"/> Diário (<input type="checkbox"/> 48/48h (<input type="checkbox"/> 12/12 (<input type="checkbox"/> Diário (<input type="checkbox"/> 48/48h	(<input type="checkbox"/> 12/12 (<input type="checkbox"/> Diário (<input type="checkbox"/> 48/48h (<input type="checkbox"/> 12/12 (<input type="checkbox"/> Diário (<input type="checkbox"/> 48/48h	(<input type="checkbox"/> 12/12 (<input 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:	<u>Romilda Viana</u>	<u>Janissa Alves Mota</u> Técnica de Enfermagem GORENTRON 247-428 - 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 pérviros.

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.

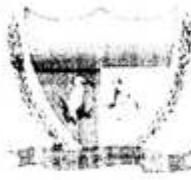
Conclusão:

- 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 permaneceu 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)

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: Valmir Martins Dos Santos

DATA DA INTRNAÇÃO: 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

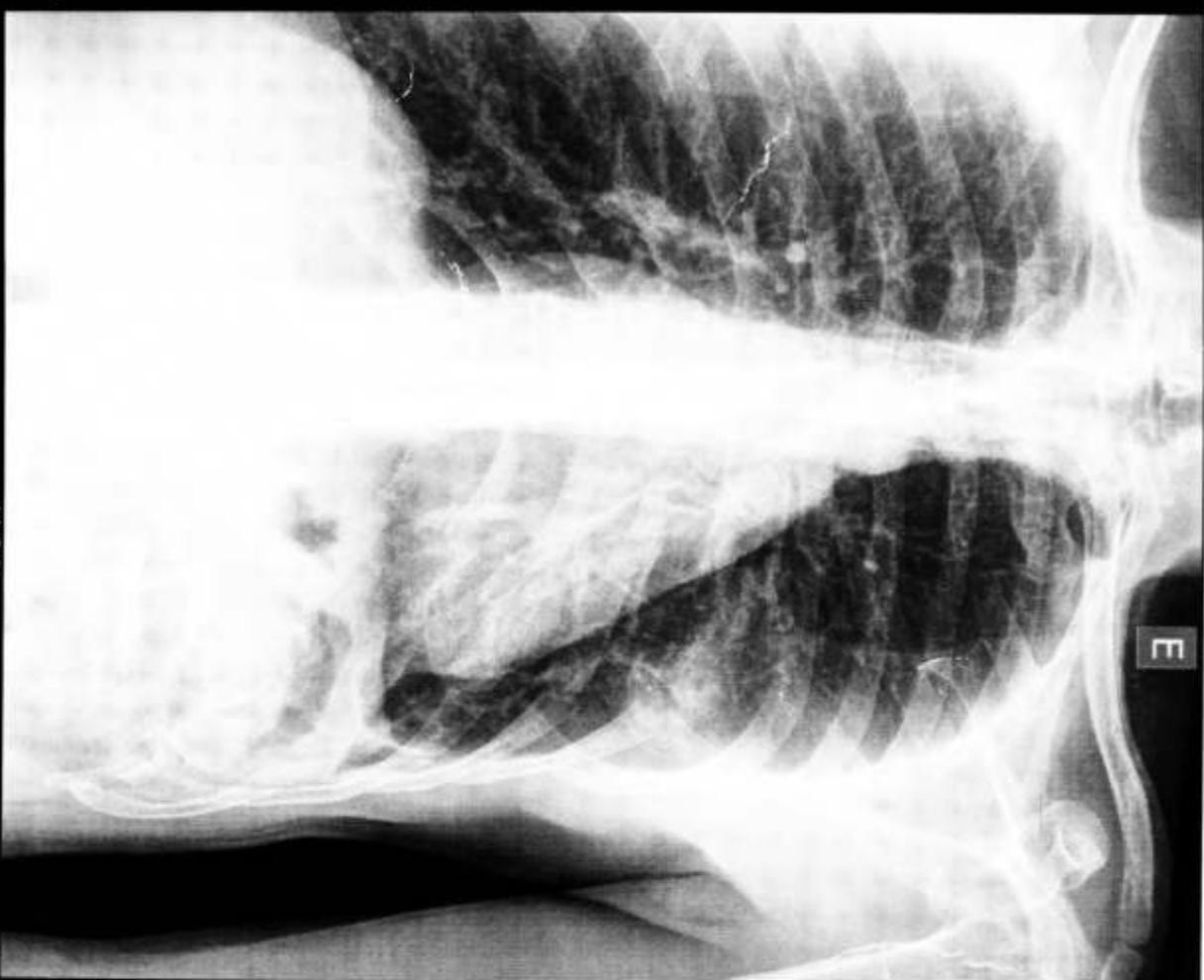
Paciente evolui sem intercorrências, deambulando, aceitando bem a dieta ofertada, com funções fisiológicas preservadas, sem queixas, apto a alta hospitalar, encabe a

ORIENTAÇÕES

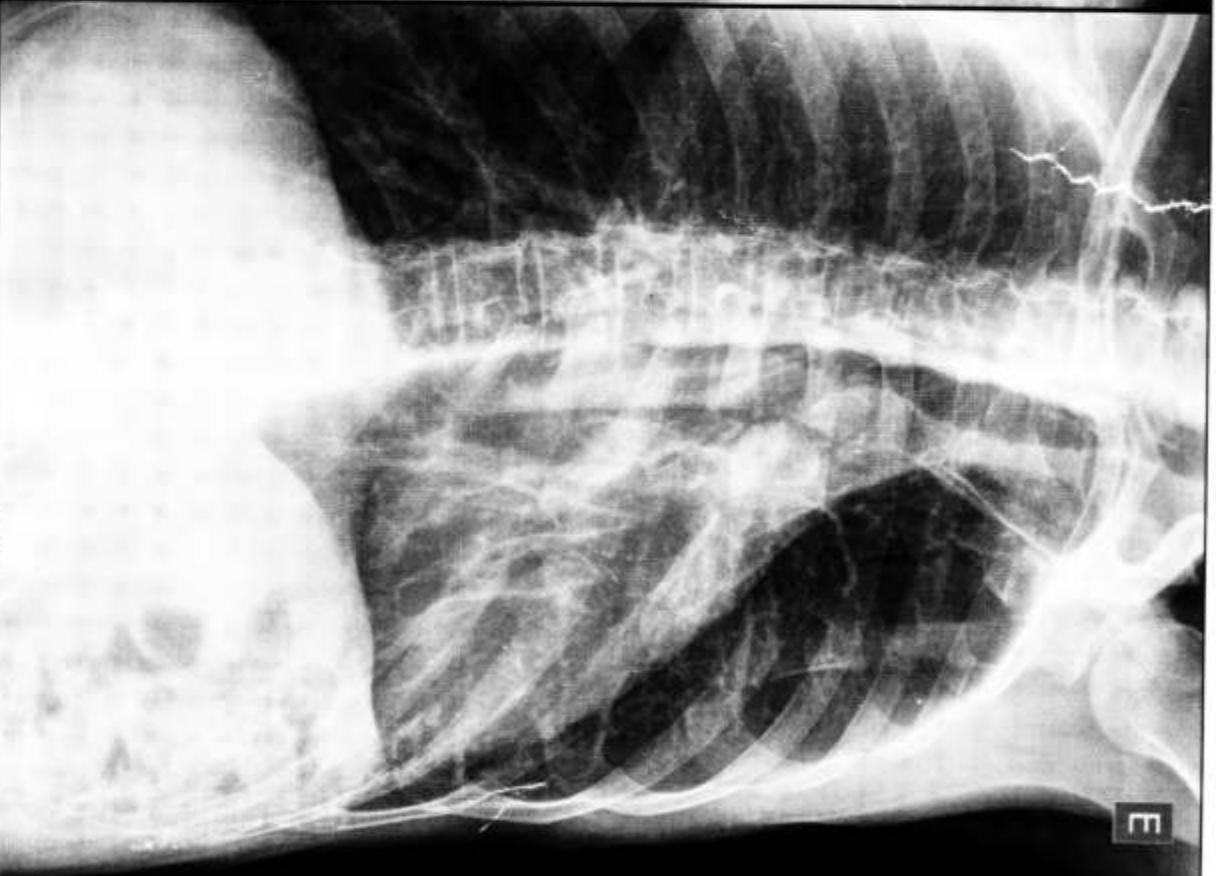
1. Lavar ferida de inserção de dreno com água e sabão, manter curativo local limpo e seco.
2. Manter curativo oclusivo pós-retirada de dreno por 48h sem efetuar a troca do mesmo.
3. Dieta oral livre, a respeitar as restrições alimentares que tenha por outras doenças, caso haja.
4. Retornar ao pronto 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 %



05/01/1969

41.8 %

VALMIR MARTINS DOS SANTOS

116663

05/01/1969

41.8 %

BIOLIDER

05/02/2020

Tec: THIAGO

41.8 %

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 COMPRA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO MARANHÃO
CIDADE DE
SANTO DOMINGO



Valmir Martins dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		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		
Sílvia José Neri Alves Divisão de CAD Mat. 111.535-4-0		
PT1154-MPM		2A. VIA
FON. 7.116 DE 2010-00		

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO:

13/10/2016

REGISTRO
GERAL

239717

NOOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATIVIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Portaria Presidencial - Decreto de 1978

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

P 1

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134119/20

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

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:** Mucajáí **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

Valorização 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:** Mucajáí **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

Valorização 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 EVIDENÇIA 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 ESTADO CIVIL: Solteiro
NACIONALIDADE: Brasileiro RG: 2878155-4
PROFISSÃO: Agricultor ENDEREÇO: Av. Principal Cpo. 74 -
CPF: 694.398.934-00 BAIRRO: Centro CIDADE: Almada
BAIRRO: Centro CEP: 69.340-000

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

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Corretor ÓRGÃO EMISSOR: SESP/RR
Nº DO RG: 239477
DATA DE EMISSÃO: 13/10/2016
Nº CPF: 825.396.343-23
ENDEREÇO: Rua 18, 293 - Largo. Morais

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por inabilitiz, 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.



DR. JOZIEL LOUREIRO
TOMADO E REGISTRADO

MEC ALTERADA A(s) assinatura(s)

Assinatura: Valmir Martins dos Santos

CN: Em testamento, em 17 de verdade, Boa Vista, 17/02/2020

Emol: 2,45, FUNDEJUR: 0,25, FECON: 0,10, ISS: 0,10, IN: 0,00

Selo: RECFIR15034500HB4VBJ25MMFH18 N° Ticket: 00368

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalsalorr.com.br>

CPF Solicitante: 46380736204

*Marjory C. L. S. B. Braga
Escrivaneira 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

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

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