
Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200173522

Vítima: ANDRE FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRE FERREIRA 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, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200173522

Vítima: ANDRE FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRE FERREIRA DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ANDRE FERREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000036086-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 760.354.172-72 4 - Nome completo da vítima: Andre Ferreira dos Santos

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

5 - Nome completo: Andre Ferreira dos Santos 6 - CPF: 760.354.172-72

7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Av. Padre José de Anchieta 9 - Número: 660/02 10 - Complemento: apt 2

11 - Bairro: rd. Primavera 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-214

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (95) 9 9119-0143

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 36086 7 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista, 11/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015447/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/05/2020 11:38

Data/Hora Fim: 11/05/2020 11:49

Origem: Data: 11/05/2020

Delegado de Polícia: Fernando Bruno de Souza

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 16/09/2019 01:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Pintolândia

Logradouro: rua S 12 c N 13

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANDRÉ FERREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 09/01/1983

Idade: 37 anos

Naturalidade: PA - Itaituba

Profissão: Autônomo

Escolaridade: Ensino Fundamental Completo

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Anita Ferreira dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 760.354.172-72

RG - Carteira de Identidade: 238215

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: PADRE ANCHIETA ESQUINA COM RUA ANTARES Nº: 660 ap 02

Complemento: casa

Bairro: Jardim Primavera

Telefone: (95) 98413-0800 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Informa que vinha conduzindo a motoneta -HONDA/BIZ 100 ES Placa: NAP 7457 Chassi: 9C2HC1420DR039849 Renavam: 00550394338 de propriedade de SEBASTIAO DA SILVA RIBEIRO pela Rua S 12 sentido bairro centro e quando ao cruzar a Rua N 13 foi colidido por um veículo que vinha em alta velocidade e com as luzes apagadas que causou o acidente e evadiu-se do local sem presta socorro a a vítima foi socorrida pelo SAMU ao HGR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015447/2020

ASSINATURAS

Syllas Souza Silva

Agente de Polícia

Matrícula 42000149

Responsável pelo Atendimento

André Ferreira dos Santos

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 760.354.172-72 4 - Nome completo da vítima: Andre Ferreira dos Santos

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

5 - Nome completo: Andre Ferreira dos Santos 6 - CPF: 760.354.172-72
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Av. Padre José de Anchieta 9 - Número: 660/02 10 - Complemento: apt 2
11 - Bairro: rd. Primavera 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-214
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (95) 9 9119-0143

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0653 CONTA: 36086 7 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista, 11/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000036086-7

Nr. da Autenticação 34E809ABDD31A07F



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 365/13

Para contato com
a Roraima Energia,
Informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0098761-1

Nº da Nota Fiscal 4239787

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	26/01/2020	67	78,25

CANDIDO SANTANA NEIVA
AV PADRE JOSE DE ANCHIETA 660 02 - JARDIM PRIMAVERA
CEP: 69.314-214 - BOA VISTA
CPF: 00044624166272

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 17820	Atual: 17/12/2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 17753	Anterior: 16/11/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 29	Próxima leitura: 01/01/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 16/12/2019	Número Medidor: 2825467
Consumo medido: 67	Apresentação: 17/12/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 67		Modalidade: N 1516287

DESCRIÇÃO DA CONTA	CONSUMO	ILUMINACAO PUBLICA
67 A R\$ 0,760131 =	50,92	27,33

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 67 - 0,617778	
Média 12 meses: 132	

MENSAGENS IMPORTANTES	REAVISO DE VENCIMENTO
	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/01/2020, em função das contas reaviscadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reaviscadas no valor de R\$ 299,60 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.
	Mes/Ano Valor R\$ 10/2019 221,01
	LIGUE 06007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES - R\$
Energia: 27,70 Distribuição: 27,70 Transmissão: 12,14 0,30	Encargos: 1,56 Tributos: 9,53
Base de Cálculo: 50,92	ICMS: 17,88% 9,05 PIS: 0,30% 0,15 COFINS: 3,12% 1,57

INDICADORES DE CONTINUIDADE
DIC: Mensal 9,24 Trimestral 18,49 Anual 36,99 FIC: Mensal 8,46 Trimestral 16,92 Anual 33,84 DMIC: Mensal 4,99 DICRI: Mensal 0,00
Realizado: 0,00
Conjunto FLORESTA
Período de apuração: 10/2019
EUSD: 35,76

ROT: 11.001.19.01.153406



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

SEU CÓDIGO

0098761-1

TOTAL A PAGAR - R\$

78,25

MÊS FATURADO

12/2019

VENCIMENTO

26/01/2020

Nº da Nota Fiscal: 4239787

FCAM*

83620000000 5 78250075000 8 00000000098 4 76111219008 4



SEQ.: 0105 UC: 0098761-1 DT.LEIT.: 17/12/2019 T.ENTR.: 0/
LEITURA: 17820 NORMAL TOTAL: 78,25 CARGA: 013
DT.VENC.: 26/01/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4141



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com
a linha Energia,
ligue este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0009732-2

Nº da Nota Fiscal 4533838

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

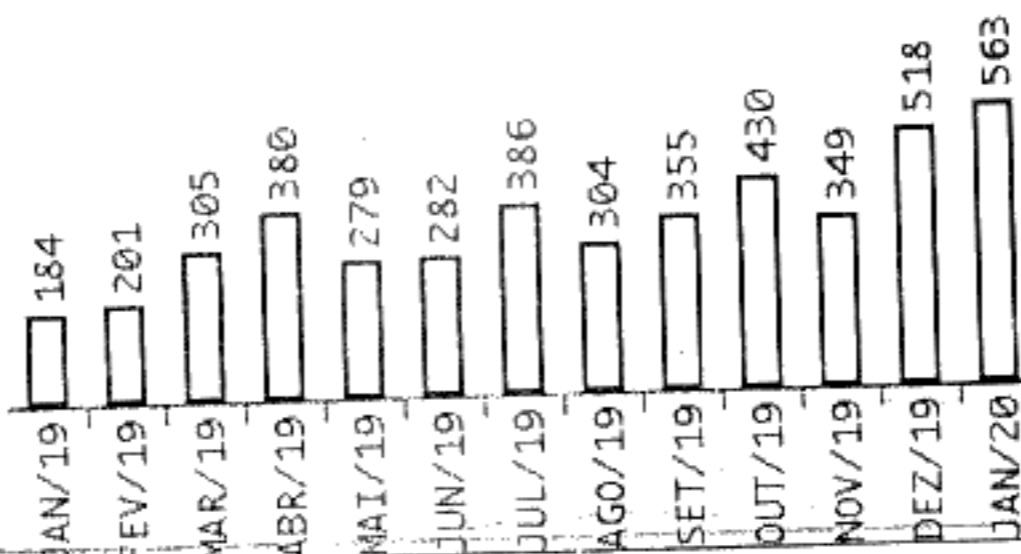
CONTAS MES: JANEIRO/2020 VENCIMENTO: 16/02/2020 CONSUMO (KWh): 563 TOTAL A PAGAR (R\$): 465,78
CPF: 0001122233396
IVETE GUILMARAS COSTA
R. ACRE 569 - DOS ESTADOS
CEP: 69.305-510 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWh)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	61969	Atual:	31/01/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	61486	Anterior:	30/12/2019	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	32	Próxima leitura:	28/02/2020	Ligação:	BIFÁSICA
Constante de Multiplicação:	1,020	Emissão:	30/01/2020	Número Medidor:	2201485
Consumo medido:	563	Apresentação:	31/01/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	563			Modalidade:	0 1619579

DESCRIÇÃO DA CONTA:
CONSUMO 563 A R\$ 0,760481 = 428,15
ILUMINACAO PUBLICA 37,63

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 563 - 0,617770

Média 12 meses:



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

LIGUE 06007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 !! 16 21 26
Parabéns! Até o dia 30/01/2020, não constatarão faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 53D6.6260.1D82.D8F5.47FD.14A1.B59C.2D85

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			
Energia:	232,72	Encargos:	13,18
Distribuição:	101,92	Tributos:	60,33
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
428,15	ICMS: 17,00%	72,78
	PIS: 0,31%	1,33
	COFINS: 1,45%	6,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC			FIC			DMIC
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Realizado	0,00			0,00			0,00
Conjunto	CENTRO			Período de apuração: 11/2019			EUSD: 105,50

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 Yara Dina Guimarães Costa inscrito (a) no CPF 762.732.616-87,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário André Ferreira dos Santos inscrito
(a) no CPF sob o nº 760.354.172-72, do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima
André Ferreira dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o nº 760.354.172-72, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

RG e CPF

☒ 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 Acre</u>		Número <u>569</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Estados</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.305-510</u>
Email <u>yanadiva.dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>-</u>	Telefone celular (DDD) <u>(95)9.9119-0143</u>

Boa Vista, 11 de maio de 2020
Local e Data

[Assinatura]
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
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

1901162278 16/09/2019 02:04:55 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 7

Paciente **ANDRE FERREIRA DOS SANTOS** Data Nascimento **09/01/1983** Idade **36 A 8 M 7 D** CNS **898002732287458** CPF **76035417272** Prontuário **00066143**

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

CPF **76035417272** SSP/RR **M** **SOLTEIRO(A) SEM** **ITAITUBA - PA** **BRASILEIRA**

Mãe **ANITA FERREIRA SANTOS** Pai **NAO INFORMADO** Contato **(95) 99168-5873**

Endereço **- AVENIDA DO SOL - 1006 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR** Ocupação **NÃO INFORMADA**

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

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. Registrado por: **SOUSA**

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

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____ h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
 Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

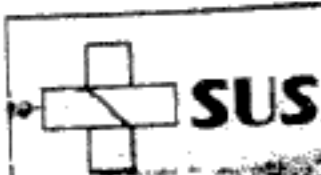
 Impresso por: sousa
 Data Hora: 16/09/2019 02:05:55

 © 2019
 SOTEC - Soluções em Tecnologia
 154 - Intelectual em Saúde
 V09.1.2.00 - 01/09/19


1901162278

Atto 18.09.19

BLOCO D



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



BOLETIM OPERATÓRIO

André para os pontos

Data: 16/09/19

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Lesão 4º met + fratura (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Redução de artulação de 4 met + fratura (E)

TIPO DE INTERVENÇÃO:

+ cirurgia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

o mesmo.

CIRURGIÃO:

L. F. da

1º AUXILIAR:

P. H.

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Dr. Elden Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 182113/R

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Perforar os planos superficiais e aprofundar + colocar o campo estéril.

2) Incisão em região de dorso do 4º met. Expondo.

3) Divulsação por planos, redução imediata da artulação por fratura de 4º met. (E) 4) colocação de fio de K

5) redução + fixação da artulação. sutura das partes moles e do osso de interesse + fechamento da incisão. 6) Sutura. 7) curativo.



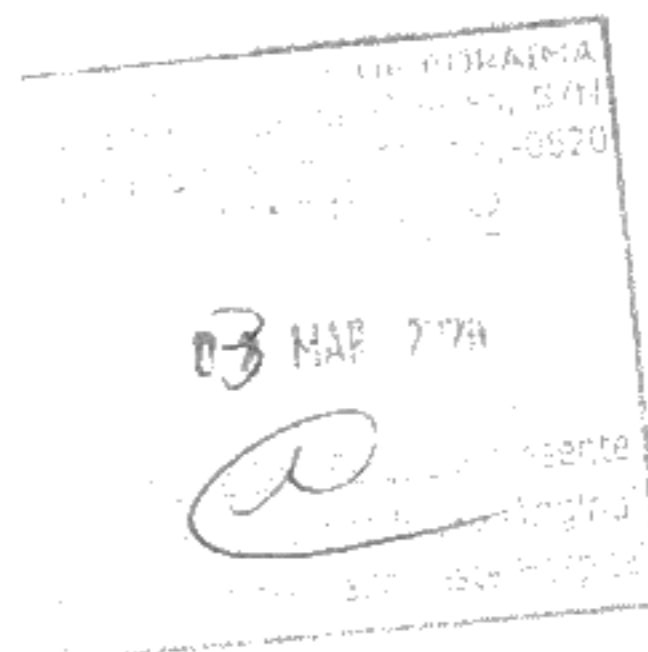
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

André Ferreira dos Santos, 36a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
08:30 09:30 10:00		66143
LIQUIDOS VENCOSOS	ECG + PANI + SPO2 + FC	
DA	38 240	
X	98 98 98 98 98	
ULSO	36 220	
ANES	34 200	
X	32 180	
OP	30 160	
O	30 140	
TEMP	120	
ASPIR.	100	
A	80	
RESP	60	
O	40	
Export	20	
Assist		
Contro		
SÍMBOLOS X 2 300		
AGENTES	DOSES	TECNICA
A	Bupivacaína 0,5% 1mg	Raquimantônio Lombr
B		Mediana, Suplex, com
C		Agulhas de Bunnick NE
D		26x; LCA clasp; Sob
E		ventilacao espontanea.
F		
G		
GLICOSE	LIQUIDOS	Capula - Naso / Oro Faringeal Sim
NOCO		Naso / Oroqueal - Cega
SANGUE		Bul - Tamp - Calibre do Tubo
		Sob Mascara
		Dificuldade Técnica
		TEMPO DE ANESTESIA
TOTAL	1500 ml	08:30
OPERAÇÃO		ANOTAÇÕES
Osteossíntese de 4º Metacarpo		X Monitorização + check list
		1. oferta de O2 Sob cu
		2. Raquimantônio
		3. Transfusão 100mg IV
		4. SAPS
ANESTESIA		PERDA SANGUÍNEA
Dr. Eudes		
CÓDIGO	CIRURGIÃO	
	Dr. Eldon / Dr. Psílio - R3	

Eudes Marques P. Filho
Médico
CRM 690-RR





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

36 anos

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Andre Jurema de Santos			16/10/18

CIRURGIA	
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
OSTEOS DE 4º METATARSO DO 1º (E)	INICIO 9:05 FIM 9:55 TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA: D. Lopes
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA: D. Lopes
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR

CIRURGIÃO	Dr. E. Lopes
1º AUXILIAR	D. P. P. P.
2º AUXILIAR	
CIRCULANTE	J. Silva

TIPO DE ANESTESIA: Rápida	TEMPO DE DURAÇÃO:				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCT'S COMPRESSAS C/ 63 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 20	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº 20 cm	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
6	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
	ELUTIZOLOS			OUTROS:	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	INFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	E. Lopes	SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE	TAXA DE SALA		
	J. Silva	TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA			
Cirurgia Proposta: Resectomia de estômago				Entrada na Sala 08:30				Anestesia Pneumonia			
1. Informações: Jejum () Sim () Não Prótese () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade () Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim () Não Qual: _____ Reserva de Hemederivado: _____ () Sim () Não Outros: _____				2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Deambulando () Consciente () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado				3. Sinais Vitais: T _____ °C R _____ rpm FC _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ % () Regular () Irregular			
4. Anotações (Admissão do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				5. Anotações (Saída do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				6. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
7. Anotações (Saída do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				8. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				9. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
10. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				11. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				12. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
13. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				14. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				15. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
16. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				17. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				18. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
19. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				20. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				21. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
22. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				23. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				24. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
25. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				26. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				27. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
28. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				29. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				30. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
31. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				32. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				33. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
34. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				35. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				36. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
37. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				38. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				39. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
40. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				41. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				42. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
43. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				44. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				45. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
46. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				47. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				48. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
49. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				50. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				51. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
52. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				53. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				54. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
55. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				56. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				57. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
58. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				59. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				60. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
61. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				62. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				63. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
64. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				65. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				66. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
67. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				68. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				69. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
70. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				71. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				72. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
73. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				74. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				75. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
76. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				77. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				78. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
79. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				80. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				81. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
82. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				83. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				84. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____			
85. Anotações (Alta do Paciente): Paciente: _____ _____ _____ _____				86							

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



4011

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Amélia Pereira de Jesus</i>					
AGNOSTIC <i>por op de artrose crônica de quadril</i>					
ALERGIAS <i>neg.</i>		HÁS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	DATA <i>16/9/15</i>			
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>Manter</i>
3	SF 0,9% 500ML EV <i>S/N</i>				<i>8/8</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>14:00 03/03</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>06</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>S/N</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>S/N</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>14:00 03/03</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>S/N</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>14:00 03/03</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>S/N</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>S/N</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Matin</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>Curativo</i>
15	<i>Leftonome 1g EV 12/12 h</i>				<i>04</i>
16	<i>Soro cloreto de sódio 0,9%</i>				<i>medicação</i>
17	<i>Soro cloreto de cálcio 10%</i>				<i>medicação</i>
18					<i>medicação</i>
19					<i>medicação</i>
20					<i>medicação</i>
21					<i>medicação</i>

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	127/78	89	19
18 H	128/81	90	-
24 H	146/83	89	18

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

As 13h foi adm
medicação de
horário

Ana Maria S. Macedo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000.411.634

T: 35,5°C
06h - PA: 138x93 mmHg
FC: 70bpm

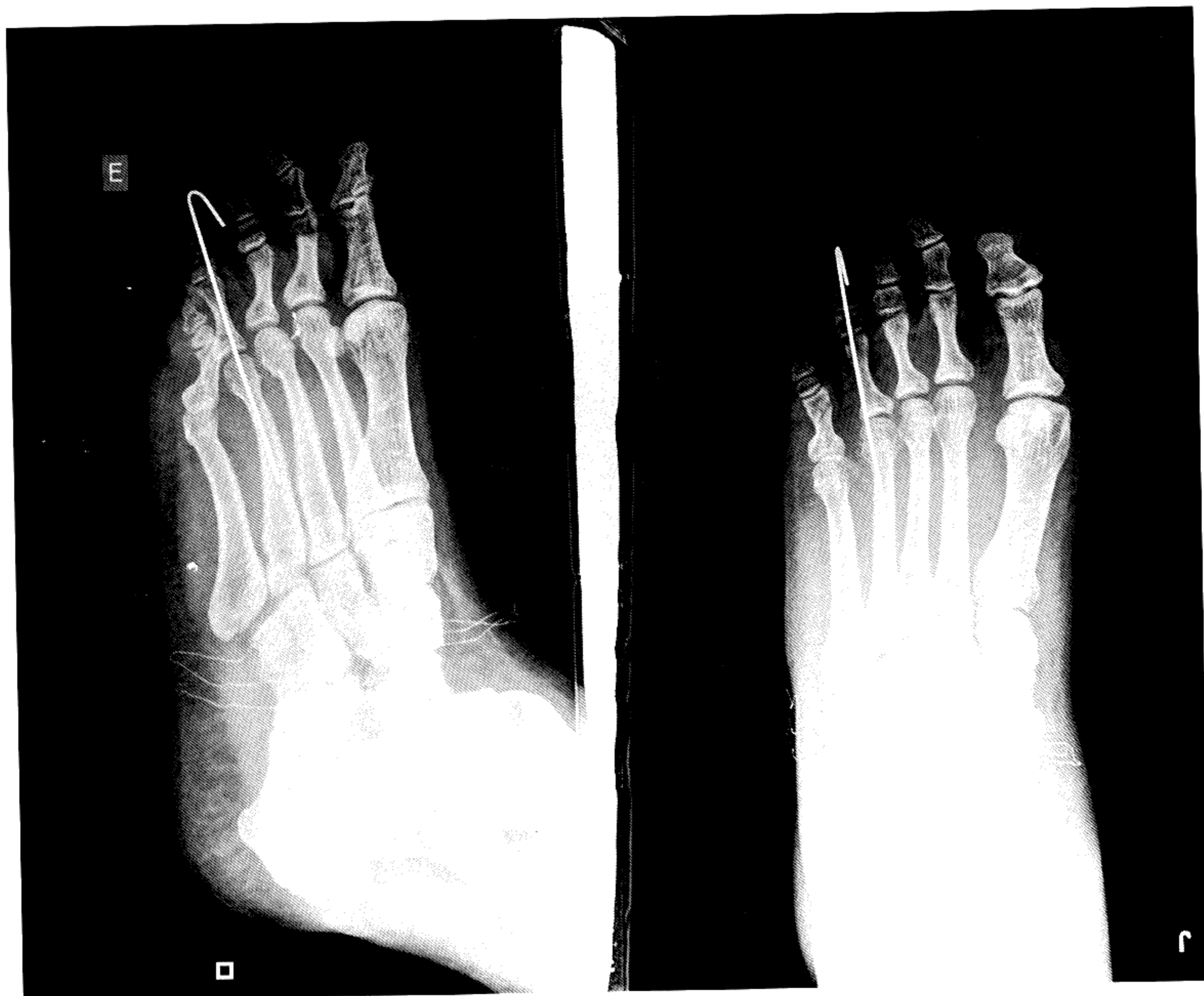
As 12h, transpênea ruidosa
ao CC, acordado, WTE, BEG, S/
queixas algicas, sem sangram
to local

Apêndice

Roberta Cristina A. Rodrigues
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 220.853-TE







ANDRE FERREIRA SANTOS

11536

HOSPITAL CORONEL MOTA

09/10/2019

Cloudoaldo

65,5 %

E



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ANDRÉ FERREIRA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
238215 SSP RR

CPF
760.354.172-72

DATA NASCIMENTO
09/01/1983

FLIAÇÃO
NÃO INFORMADO

ANITA FERREIRA SANTOS

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A.D.

Nº REGISTRO
04373536742

VALIDADE
08/02/2018

Nº HABILITAÇÃO
03/06/2006

OBSERVAÇÕES

André Ferreira dos Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

ROSA VIEIRA - RORAIMA

DATA EMISSÃO
14/02/2013

73175414110
RR20672-559

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

625655856

PROIBIDO PLASTIFICAR

625655856

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 


ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 464571-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/06/2016

NOME
YARA DIVA GUIMARÃES COSTA

FRACÇÃO
DERSON FELIX COSTA
IVETE GUIMARÃES COSTA

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR DATA DE NASCIMENTO
10/12/1962

POSTO ORIGIN
CERTD CAS AVERB DIVORCIO 2359 FLS 52 LIV B-8
1 OF BOA VISTA - RR

CPE
762.732.616-87 AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico de Polícia Civil
Diretor do ROC

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 011598345480
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00550394338 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2016

NOME
SEBASTIÃO DA SILVA RIBEIRO

Rh

CPF / CNPJ 303.455.530-04 PLACA NAP7457

PLACA ANT / UF W 7457 RR CHASSI 9C2HC1420DR039849

ESPECIE TIPO AT/MOTOCICLETA/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 100 ES ANO FAB 2013 ANO LIC 2013

POT / CIL 2P/00 CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS 1ª 2ª 3ª

FAZALÇA PARCELAMENTO / COTAS 1ª 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO E PROIB SAIR DA A MAZ OCID

DATA 24/10/2016

DETRAN/RR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTO MOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 011598345480 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

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

www.dpvatSegurodetransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 22/11/2016

VIA 01 CPF / CNPJ 303.455.530-04 PLACA NAP7457

RENAVAM 00550394338 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 100 ES

ANO FAB 2013 CAT. TARIF 9C2HC1420DR039849

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$129.04 DETRAN (R\$) R\$14.34 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$1.11 IOF (R\$) R\$1.11 TOTAL A SER PAGO POR SEGURO (R\$) R\$292.01

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 24/10/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.609/0001-04
www.Seguradoralider.com.br

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200173522 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/09/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO 4º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIO K. ALTA.
P 1/2/3*/4*/11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200173522 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/09/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO 4º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIO K. ALTA.
P 1/2/3*/4*/11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: André Ferreira dos Santos
NACIONALIDADE: Brasil ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Autônomo RG: 238215-5 SP/RJ
CPF: 760.354.172-72 ENDEREÇO: Av. Paulo José Machado 660/02
BAIRRO: Il. Primavera CIDADE: Boa Vista (RR)
CEP: 169.314-214

VÍTIMA: André Ferreira dos Santos
CPF: 760.354.172-72 DATA DO SINISTRO: 10/04/2019
NATUREZA: Inutilidade

OUTORGADA:

NOME: Yara Rita Guimarães Costa
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Divorciada
PROFISSÃO: Autônoma
Nº DO RG: 464571-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RJ
DATA DE EMISSÃO: 27/06/2016
Nº CPF: 762.732.616-57
ENDEREÇO: Rua Cely, 565 - B. Estrela

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Inutilidade 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.

NOTA:

Boa Vista, 04 de março de 2020



André Ferreira dos Santos
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO
186827_5e5ffe9d27250
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de ANDRÉ FERREIRA DOS SANTOS
Em testemunho da verdade. WSS
Do que dou fé. Boa Vista, RR, 04 de março de 2020.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadeportalserm.com.br
REC FIR 1868296MUDTZNTOQJCBOQ40 /
Emolumento: R\$ 2.50 Fundos ISS: R\$ 0.65 SELC: R\$ 1.50 Total: R\$ 4.71

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião Registrador
Av. João Teófilo, 100 - São Roque - Boa Vista - RR
Fones: (067) 3622444
E-mail: tbl@tblboavista.com.br
486.827
Tham Carvalho Barbosa dos Santos
Recebimento Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135539/20

Vítima: ANDRE FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 760.354.172-72

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 16/09/2019

Titular do CPF: ANDRE FERREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

YARA DIVA GUIMARAES COSTA : 762.732.616-87

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

ANDRE FERREIRA DOS SANTOS : 760.354.172-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/05/2020
Nome: ANDRE FERREIRA DOS SANTOS
CPF: 760.354.172-72

ANDRE FERREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/05/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO