

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, 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



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, 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, retorno 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

1 - (Se houver) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE									
2 - Nº do sindicato ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Audrey Ferreira dos Santos</i>											
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012														
5 - Nome completo:		<i>Audrey Ferreira dos Santos</i>		6 - CPF:	760.354.172-72									
7 - Profissão:		8 - Endereço:		9 - Número:	10 - Complemento:									
<i>Autônoma</i>		<i>Av. Padre José de Anchieta</i>		660 102	aptº									
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:	14 - CEP:									
<i>Id. Primavera</i>		<i>Boca Vista</i>		RR	69.314-214									
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): <i>(95) 9 9119-0143</i>												
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR 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"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00										
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)														
<input checked="" type="checkbox"/> 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)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____											
AGÊNCIA: <i>0653</i>		CONTA: <i>36086</i>	7	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____									
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	7	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)									
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.														
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE														
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atenda à 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:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente		24 - Data do óbito da vítima:										
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:										
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:		30 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve nascituro (várias gestações)?		31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?		32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:		33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> 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, <i>Boca Vista, 11/05/2020</i>						41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <i>X Andre Ferreira dos Santos</i>						42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		
												43 - Assinatura do Procurador (se houver) <i>M. Estan</i>		



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015447/2020

DADOS DO REGISTRO

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 Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA Não Houve

ENVOLVIDO(S)

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

Nacionalidade: Brasileira
Naturalidade: PA - Itaituba
Estado Civil: Casado(a) Sexo: Masculino
Profissão: Autônomo Nasc: 09/01/1983
Escolaridade: Ensino Fundamental Completo Idade: 37 anos

Nome da Mãe: Anita Ferreira dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 360-354-142-70

BG - Carteira de Identidade: 888845

Endorsements

Municipio: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: PARQUE ANCHIETA Esquina: nº 000 -

Engrado. RUA. P
Complejidad: 000

Complemento: casa

E-mail: jardimprimavera@bol.com.br

OBJETO(S) ENVIOLADO(S)

Nanum Objects Interface

RELATO/HISTÓRICO

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 vitima 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 ou dei, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - (Se houver) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sindicato ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Audrey Ferreira dos Santos</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012					
5 - Nome completo:		<i>Audrey Ferreira dos Santos</i>		6 - CPF:	760.354.172-72
7 - Profissão:		8 - Endereço:		9 - Número:	10 - Complemento:
<i>Autônoma</i>		<i>Av. Padre José de Anchieta</i>		660102 aptº	
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:	14 - CEP:
<i>Id. Primavera</i>		<i>Boca Vista</i>		RR	69.314-214
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): <i>(95) 9 9119-0143</i>			
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR 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"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)					
<input checked="" type="checkbox"/> 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)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: <i>0653</i>		CONTA: <i>36086</i>	7	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.					
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE					
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atenda à 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:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:		30 - Vítima nasceu (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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, <i>Boca Vista, 11/05/2020</i> X <i>Audrey Ferreira dos Santos</i>		
			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 368/13

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:	1.1.1.1.2
Anterior:	17753	Anterior:	01/12/2019	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	29	Próxima leitura:	01/01/2020	Ligaçao:	B1P0SICHA
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

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

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

	Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/01/2020, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar, também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) contas vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 299,68 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.
Mes/Ano	Valor R\$
10/2019	221,0!

11916 05007019129 E FACP 0000 VENCIMENTO 16 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ICMS:	ALIQUOTA	VALOR
Distribuição:	Tributos:	56,92	PIS:	17,68%	8,65
Transmissão:			COFINS:	6,38%	0,35
				1,42%	0,02

INDICADORES DE CONTINUIDADE											
DIC			FIC			DMIC			DICRI		
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal		Mensal	
Límite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99				
Realizado	0,00		0,00			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 0000000098 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



Para contato com
a sua Energia,
inf

SEU CÓDIGO
0009732-2

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

Nº da Nota Fiscal 4533838

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

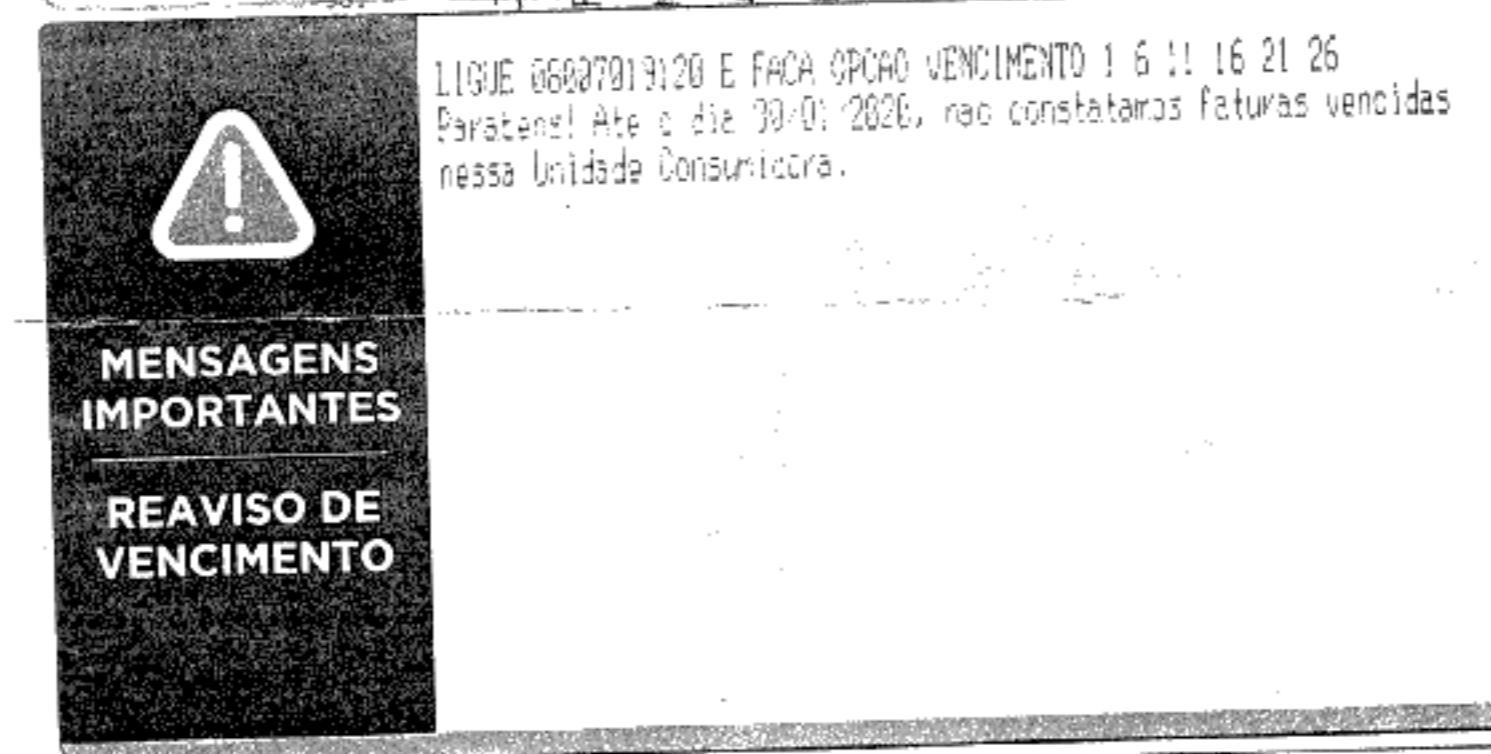
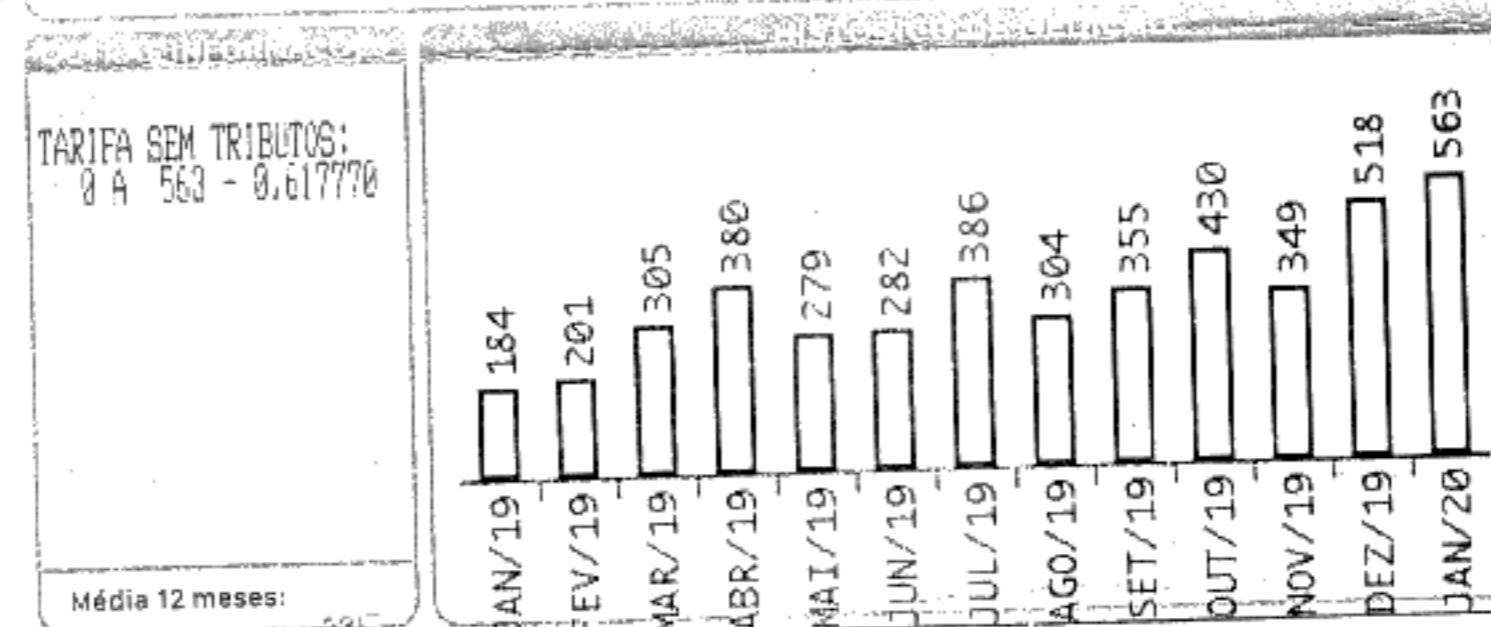
CONTAMES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	16/02/2020	563	465,78

IVETE GUILMARAES COSTA
R. ACRE 569 - DOS ESTADOS
CEP: 69.305-510 - BOA VISTA

CPF: 00011122233396

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:	28/12/2019	classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	32	Próxima leitura:	28/02/2020	Ligaçāo:	BIFASICA
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	30/01/2020	Número Medidor:	2201485
Consumo medido:	563	Apresentação:	31/01/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	563			Modalidade:	01619578

DESCRICAĀO DA CONTA		
CONSUMO	563 A R\$ 0,760481 =	428,15
ILUMINACĀO PÚBLICA		37,63



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

COMPOSIĀO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIĀOES - R\$		
		Base de Cálculo:	ALIQUOTA	VALOR
Energia:	232,72	Encargos:	13,18	ICMS: 17,00% 72,78
Distribuição:	101,92	Tributos:	88,33	PIS: 0,31% 1,33
Transmissão:	0,00			COFINS: 1,45% 6,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DICRI
Mensal	6,03	12,06	24,12	7,27
Trimestral				14,54
Anual				29,08
				3,54
Límite	6,03	12,06	24,12	7,27
Realizado	0,00	0,00	0,00	0,00

Período de apuração: 11/2019 EUSD: 105,50

Conjunto CENTRO



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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Yara Díva Guinovars 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	Rua Acre	Número	569	Complemento	Casa
Bairro	Estados	Cidade	Boa Vista	Estado	RR
Email	<u>Yanadiva.dpvat@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	-	CEP	69.305-510
			Telefone celular (DDD) (95)9.9119-0143		

Boa Vista, 11 de maio de 2020
Local e Data

Moster

Assinatura do Declarante

16/09/2019

...: Guia de Atendimento 17 ...:

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

1 ^a Classificação	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Azul Ass.:	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Azul Ass.:	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Azul Ass.:
------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

1901162278	16/09/2019 02:04:55	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			NOTURNO 19- 7	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF 07 Prontuário	
ANDRE FERREIRA DOS SANTOS		09/01/1983	36 A 8 M 7 D	898002732287458	76035417272 00066143	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil Raça/Cor Naturalidade	
CPF	76035417272	SSP/RR		M	SOLTEIRO(A)SEM ITAITUBA - PA	
Mãe				Pai	INFORMAÇÃO Contato	
ANITA FERREIRA SANTOS				NAO INFORMADO	(95) 99168-5873	
Endereço	984 B 0800					Ocupação
- AVENIDA DO SOL - 1006 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR						NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		Procedimento Sol.			
Setor	Tipo de Chegada			Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL			SOUSA		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
<p><i>Dor no Pescoco (E)</i></p>					GSC	TOTAL
Anamnese de Enfermagem						AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<p><i>Pescoco c/ dor a dor no lado esquerdo</i></p> <p><i>Carro bateu no muro</i></p>					
Exame Físico	<p><i>Dor no pescoço</i></p>					
Hipótese Diagnóstica						
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	<p><i>Dor no pescoço (E) → foto 3-10</i></p> <p><i>Exames feitos</i></p> <p><i>Exames realizados</i></p> <p><i>TAMAM RENERYS</i> <i>Cirurgião Geral</i> <i>CRM RR 1443</i></p> <p><i>Dia 10/09/2019</i></p>			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
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: _____	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saida/Alta: / / : :					
Óbito						
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

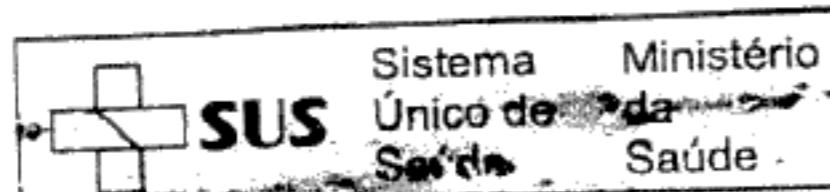
Carimbo e Assinatura do Médico

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



Atto 18.09.19

BLOCO D.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNACÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Márcia Ferreira dos Santos

6 - N° DO PRONTUÁRIO

66193

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898010271322817161518

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/01/1983

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Clarice Ferreira Santos

11 - TELEFONE DE CONTATO

039991685878

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Av. do Sol - 2006 - Cidade Seltide

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RPT

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fenómeno fisiológico de tontura sentiu dor no

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Eng. Flávio Tavares, 5000, S/N
Cidade Seltide - RR - CEP 69062-000

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fisio Clínica

03 MAR 2019

Certifico que fui quem prestei
esta declaração e que
ela é verdadeira e completa.

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

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fenômeno fisiológico de tontura sentiu dor no

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fenômeno fisiológico de tontura sentiu dor no

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNACÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Márcia Ferreira dos Santos

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

16/09/19

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

Eduardo Henrique

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

384 SERIE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

040805069-1

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

51923

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Eduardo Henrique



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 16/09/19

O.S. _____

André fez a fratura

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIANO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Dr. Elden
Ortopedia e Traumatologia
CRM 182419R

Op de H los planos sur face
dissecção + art. nefra + colo
de couro branco.

③ Iniciado na região do péssimo
Pé esquerdo.

④ Dividido por planos, reduzido
deslocamento da articulação per tálus
de 4º grau. ⑤ ⑥ Colocada ch. f. e.
K ⑦ reduzida + fixação de articulação. Pés feitos +
operários de futura fratura de tibia e

⑧ Sutura. ⑨ curativo.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

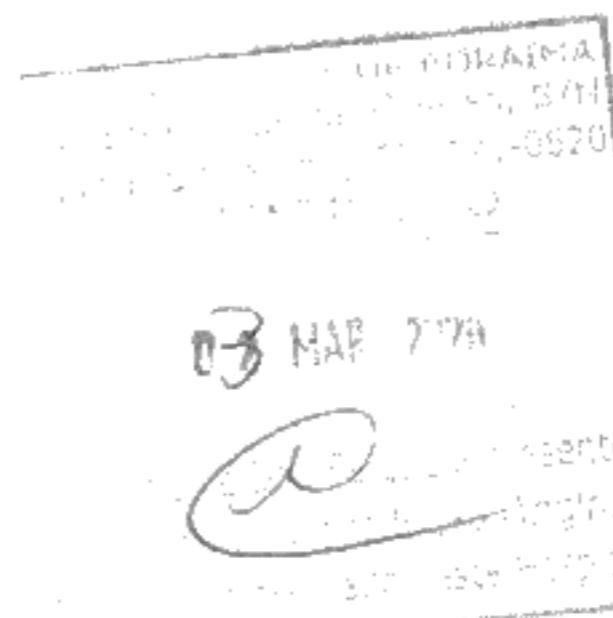
FICHA DE ANESTESIA

André Ferreira dos Santos, 36a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO												Nº									
												66143									
	08:30		04:30	10:00																	
AGEN. TÉCN.	N 20			15 30 45			15 30 45			15 30 45			15 30 45			15 30 45			15 30 45		
	02																				
LIQUIDOS VENOSOS	A	V	P	Sel	Sel	Sel	500	500	500												
DA X	38	240	38	220	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	
ULSO																					
ANES X	34	180																			
OP O	32	160																			
TEMP	30	140																			
ASPIR. A																					
RESP O																					
	Export																				
	Assist																				
	Contro																				
S.MEDICOS	X	2																			
AGENTES	DOSES			TÉCNICA												ANOTAÇÕES					
A	Bucavoxetas 0,5% 1ml/kg			- Regurgitação lento Mediana, Superficial, com Agulha de Brumekirke ne 26g; LCA clara; Sob ventilação espontânea.												x Monitorização + check list 1. Oferta de O2 sob ca 2. Expiratórios finos 3. Transfusão sangue IV 4. SNCZ					
B																					
C																					
D	1 71																				
E																					
F																					
G																					
GLICOSE	LÍQUIDOS			Canula - Naso / Oro Faringeal Sim Naso / Cricoáqueal - Cega Bal - Tamp - Calibre do Tubo Sob Máscara																	
NOCO																					
SANGUE																					
	SF 0,9% 1000 ml																				
	SNC 500 ml																				
TOTAL	1500 ml			TEMPO DE ANESTESIA 01:30																	
OPERAÇÃO																					
Osteossíntese de 40 Metrâns															Arritmia - Espasmo - Excesso Sono Depressão Respiratória - Hipoxia "Ducking" - Vômito						
ANESTESIA Dr Eudes				CÓDIGO Dr Eudes / Dr Pinto - R3				CIRURGIAO				PERDA SANGUÍNEA									
Dr Eudes																					
Eduardo Marques P. Filho Médico CRM 690-RP																					

Dr Eduardo Marques P. Filho

Eduardo Marques P. Filho
Médico
CRM 690-RP





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

36 dias

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE André Ferreira dos Santos	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA 16/10/918
CIRURGIA			

TIPO ESTOOS DE 4º METATACO DO PE (E)	TEMPO DE DURAÇÃO		TEMPO TOTAL
	INÍCIO 903	FIM 955	

CIRURGIA	ANESTESISTA: Dr. Edilson
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA: D. Carlos
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR: D. P. & Paula
CIRCULANTE	Silvia

TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:
Ropiva	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
A	PCTS COMPRESSAS C/03 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	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 20	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUCCÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº	Atadura 20 cm
1	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
B	EPILOZOS			OUTROS:	
1	Cetilon or Topico + Alum + 10ml				

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
---	----------------------------	-------

INSTRUMENTADOR(A)	INFERNALIA CHEFE Edilson Bruno	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB-TOTAL
		TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA.

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PREScrição MÉDICA

401

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	<i>Anselmo Jose de Souza Moraes</i>		
AGNÓSTICO	<i>por op/ fráculas elevadas de hérte</i>		
ALERGIAS	<i>Neg.</i>	HÁS	NEGA
IDADE	LEITO	DM2	NEGA
ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	SND	<i>Morning 07:00</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	<i>12:00</i>	<i>12:00</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	<i>8/8</i>	<i>12:00</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<i>12:00</i>	<i>12:00</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	<i>06:00</i>	<i>06:00</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	<i>S/N</i>	<i>12:00</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	<i>S/N</i>	<i>12:00</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H	<i>12:00</i>	<i>12:00</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	<i>S/N</i>	<i>12:00</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	<i>12:00</i>	<i>12:00</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	<i>S/N</i>	<i>12:00</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	<i>S/N</i>	<i>12:00</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H	<i>12:00</i>	<i>12:00</i>
14	CURATIVO DIÁRIO	<i>Retirar</i>	<i>12:00</i>
15	<i>Levantamento 16h 11/12 horas</i>	<i>04:00</i>	<i>04:00</i>
16	<i>Padrão adotado de fato preventivo</i>	<i>04:00</i>	<i>04:00</i>
17			
18			
19			
20			
21			

Roberta Cristina Al. Rodrigues
Técnico em Enfermagem
COREN RR 720.853-TE

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	122/78	89	19
18 H	128/81	90	-
24 H	146/83	89	18

DR. R. R.
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

an - 1908

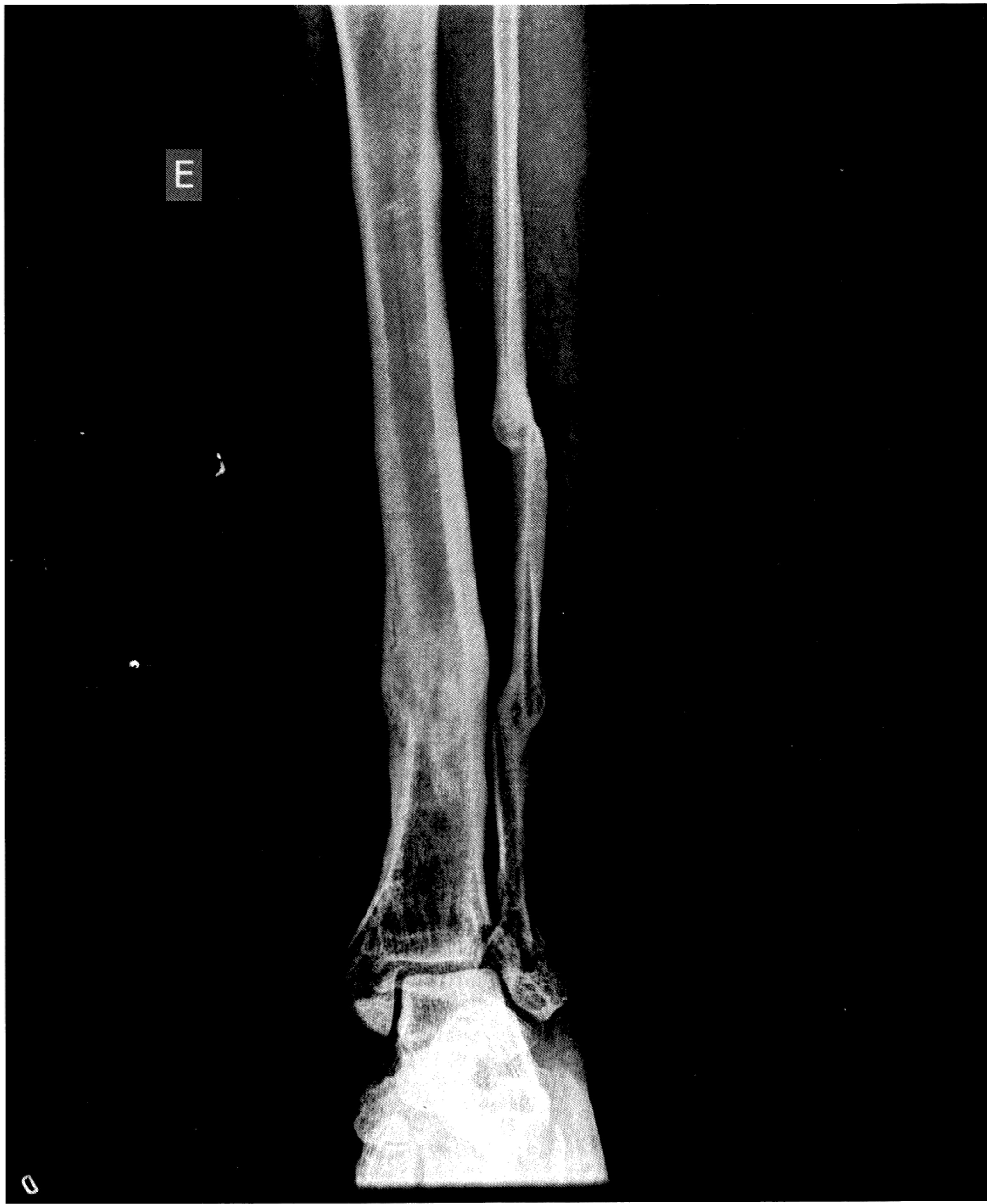
*Naas 13hs foi adm
medicacão d/
morais*

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

*As 13hs transférrencia recebida
do CC, acompanhada, WTE, BEG, S/
queixas algícas, sem sangramento
no local.*

*T: 35,5°C
PA: 138x93 mmHg
FC: 70bpm*

*Lipofundina
500ml 10% 1000ml 5%
1000ml 5%*









三



ANDRÉ FERREIRA SANTOS

11536

65,5 %

Cloudoaldo

09/10/2019

HOSPITAL CORONEL MOTA





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 464571-5

DATA DE EXPEDIÇÃO 27/06/2016

NAME YARA DIVA GUIMARÃES COSTA

FRAÇÃO DERSON FELIX COSTA
IVETE GUIMARÃES COSTA

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO 10/12/1962

LUGAR DE CERTIDÃO CERTD CAS AVERB DIVORCIO 2359 FLS 52 LIV B-8
1 OF BOA VISTA - RR

CPF 762.732.616-87

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Poligrafoforense de Peleira Civil
Diretor do IOC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

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: Lindá Ferreira dos Santos
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO: (Autônoma) RG: 233215-533/RR
CPF: 760.354.172-72 ENDEREÇO: Al. Pará José Lins Vieira, 666 - 102
BAIRRO: Princesa CIDADE: Belo Horizonte (MG)
CEP 31240-214

VÍTIMA: Lindá Ferreira dos Santos
CPF: 760.354.172-72 DATA DO SINISTRO: 16/04/2019
NATUREZA: Inabilitada

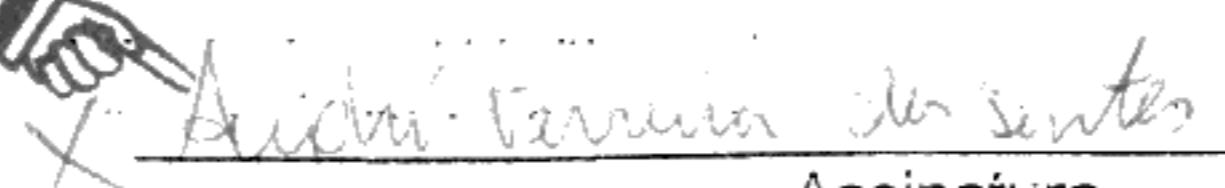
OUTORGADA :

NOME: Yara Díu Guimaraes Costa
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO: (Autônoma)
Nº DO RG: 464571-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR
DATA DE EMISSÃO: 27/06/2016
Nº.CPF: 762.732.616-87
ENDEREÇO: Rua Góes, 564 - B. Estrela

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Lindá Ferreira dos Santos, 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, 04 de março de 2020


Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



186827-5e5fe9d27250
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
ANDRÉ FERREIRA DOS SANTOS

Em testemunho da verdade, WBB
Do que dou fe. Boa Vista/RR, 04 de março de 2020.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalsefaz.com.br
REC/FIR1868296MUDTZNT0QJCBOQ40/

Emolumentos: R\$ 2,56 Fundos/ISS: R\$ 0,65 SELC: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,71



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135539/20

Vítima: ANDRE FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 760.354.172-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/09/2019

Titular do CPF: ANDRE FERREIRA DOS SANTOS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDRE FERREIRA DOS SANTOS

MANOEL COELHO NETO