

09/04/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 03/2020 referente a UC: 1412582



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO, - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4766201

ANDERSON GUILHERME CORREA CAVALCANTE

R. JASPE, S/N, QD 33 LOTE 898

PEDRA PINTADA 69300000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1412582	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 07-FEB-20 a 11-MAR-20
CONSUMO (kWh) 342	VENCIMENTO 03-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 442,23

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1412582	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 442,23
-------------------------	----------------	-----------------------------

836000000049.422300750003.000000001412.258203200054



17/06/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 03/2020 referente a UC: 1089170

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4872053

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	03/2020	21-FEB-20 a 25-MAR-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
703	11-APR-20	R\$ 579,51

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089170	03/2020	R\$ 579,51

836400000052.795100750004.000000001081.917003200057





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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Elvira Márcio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.312 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Angelica Souza de Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.028.632-08

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Angelica Souza de Araujo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.028.632 / 08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua: Antônio P. Calvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Swiss</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ELVIRRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95)98404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 18/06/2020

Assinatura do Declarante

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR - CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 3375/2020 - Registrado em: 20/05/2020 às 15h 13min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 14/03/2020 às 09h 10min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: GENERAL PENHA BRASIL

Nº: S-N

CEP: 69301-440

Bairro: TRINTA E UM DE MARCO

Tipo de local: VIA URBANA

Referência: PROXIMO DEFENSORIA PUBLICA DE BOA VISTA-RR

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

ANGELICA SOUZA DE ARAUJO(29), nascido(a) em 06/03/1991, sexo FEMININO, união estável, exercendo a profissão de CAIXA, CPF Nº 004.028.632-08, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de CHARMELA FRANCISCA SOUZA e JOAO GOMES DE ARAUJO, endereço: RIO AMAJARI, cep: 69315-018, Nº: 260, bairro PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR, BOA VISTA-RR, referência: PROXIMO A HORTA DO OPERARIO, Telefone: (95) 99144-4292.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A COMUNICANTE (VITIMA) QUE ESTAVA TRAFEGANDO EM SUA MOTOCICLETA HONDA BIZ, PLACA NUK-4170 NA RUA GENERAL PENHA BRASIL SENTIDO CENTRO, ONDE UM VEICULO DE COR CINZA (NÃO SE RECORDA O MODELO DO VEICULO) QUE ESTAVA NA SUA FRENTE FREIO BRUSCAMENTE TENTANDO DESVIAR-SE DE OUTRO VEICULO, NÃO DANDO CHANCES A COMUNICANTE EM FREAR, BATENDO NA TRASEIRO DO REFERIDO VEICULO, LEVANDO A COMUNICANTE AO CHÃO, SOFRENDO FRATURA DE FEMUR DIREITO, EIS O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

ROGERIO FERREIRA DA SILVA
AGENTE DE POLICIA
MATRÍCULA: 050069788
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


ANGELICA SOUZA DE ARAUJO
COMUNICANTE

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: 004.028.632-08 4 - Nome completo da vítima: Angelica Souza de Araujo

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

5 - Nome completo: Angelica Souza de Araujo 6 - CPF: 004.028.632-08
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua Jose 9 - Número: 510 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pedro Puntado 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP:
15 - E-mail: ELOIRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95)98404-5368

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: 1352 (Informar o dígito se existir) CONTA: 478646 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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 - RR, 18/06/2020

Angelica Souza de Araujo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219241

Vítima: ANGELICA SOUZA DE ARAUJO

Data do Acidente: 14/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANGELICA SOUZA DE ARAUJO

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, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219241

Vítima: ANGELICA SOUZA DE ARAUJO

Data do Acidente: 14/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ANGELICA SOUZA DE ARAUJO

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15890699



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Angélica Souza de Araújo
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	op. de caixa
IDENTIDADE:	325174-8 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Zampa 098 p. pintada

OUTORGADO

NOME:	Lelei Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Automotivo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Antunes p. Galvão 1832

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 14/03/2020, cobertura Invalidez, vítima: Angélica Souza de Araújo. BOA VISTA 07-04-2020



LOCAL E DATA

Angélica Souza de Araújo

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
 Av. Atalide Telve, 4397 - Boa Branca - Boa Vista/RR
 Fone: (95) 3627-4704
 daniel@boa-vista.com.br

192.446.5e8f1599d7b80
 Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
 1/ANGÉLICA SOUZA DE ARAÚJO

Em testemunho de verdade, BPO.
 Do que dou fé, Boa Vista/RR, 09 de abril de 2020.
 Consulte o(s) ato(s) abaixo em: cidades.portalserior.com.br
 REC/FIR158296HVNR88TAGIQ3JM46/

Emolumentos: R\$ 2.56 Fundos/ISS: R\$ 0.65 SELO: R\$ 1.50 Total: R\$ 4.71

DANIEL AQUINO
 Escrevente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169829/20

Vítima: ANGELICA SOUZA DE ARAUJO

CPF: 004.028.632-08

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 14/03/2020

Titular do CPF: ANGELICA SOUZA DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

ANGELICA SOUZA DE ARAUJO : 004.028.632-08

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: 18/06/2020
Nome: ANGELICA SOUZA DE ARAUJO
CPF: 004.028.632-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/06/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

ANGELICA SOUZA DE ARAUJO

MANOEL COELHO NETO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200219241 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANGELICA SOUZA DE ARAUJO **Data do acidente:** 14/03/2020 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200219241 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANGELICA SOUZA DE ARAUJO **Data do acidente:** 14/03/2020 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

14 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

RELACÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

 Polegar Direito 

Angélica Souza de Araújo

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 325174-8 DATA DE EMISSÃO 26/08/2016

NOME ANGÉLICA SOUZA DE ARAÚJO

FILIAÇÃO JOÃO GOMES DE ARAÚJO

CHARMELA FRANCISCA SOUZA

NATURALIDADE BOA VISTA - RR DATA DE NATALIDADE 06/03/1991

CERTD NASC 530 FLS 265V LIV SA-1

BOA VISTA-RR

004.028.632-08 AMARDEU ROCHA TRIANPIS 13989746277

2 VIA Perito Papiloscópico de Polícia Civil Diretor do IIC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 P.1

2001230555

14/03/2020 09:31:21

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

8

Paciente

ANGÉLICA SOUZA DE ARAUJO

Data Nascimento

06/03/1991

Idade

29 A 0 M 8 D

CNS

708006877199820

CPF

00402863208

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDENTIDADE 3251748

SSP-RR

26/08/2014

F

SOLTEIRO(A) PARDAS

BOA VISTA - RR

BRASILEIRA

Mãe

CHARMELA FRANCISCA SOUZA

Pai

JOÃO GOMES DE ARAUJO

Contato

(95) 99144-4292

Endereço

RUA - JASPIM - 898 - CAUAME - BOA VISTA - RR

Ocupação
CAIXA

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento

COLISAO ENTRE VEICUL

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:
ELIENE

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 09:45 h)

ACIDENTE MOTO - CARRO, TRAZIDA PELA SAMU
COM IMOBILIZAÇÃO PRONHA.

Exame Físico

A, B, C, D: SIALT

Q: SOBRIA IMPORTANTES EM COXA DIREITA

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO - X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) tramadol 100mg (SE) / 12h
2) Dipirona 750mg (EI) / 6h
3) clonitaz 40mg (EI) / 6h



Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para: ORTO P8-914

☐ 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

Dr. Fernando André Martins Ferreira
Cirurgião Oncológico de
Cabeça e Pescoço
CRM-RR: 1843



Ortopedia

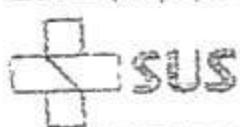
Dr. Max Kamm

paciente refere v. limbo de excisão
com muita referência dor em
como D. -

AO RX apresenta fratura disfor-
ris de fêmur D.

D2 fratura + Intermédios
para promozão cirúrgica -
solto osso

Dr. Max Kamm
Ortopedia
CRM-PR 1984



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

NIR

Turno: 16.03.2020

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

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - SEXO

9 - N° DO PRONTUÁRIO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS JUSTIFICATIVAS DA INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 TERCIÁRIO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° 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

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNAE DA EMPRESA

40 - CBOE

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - AUTÔNOMO

45 - DESEMPREGADO

46 - APOSENTADO

47 - NÃO SEGURADO

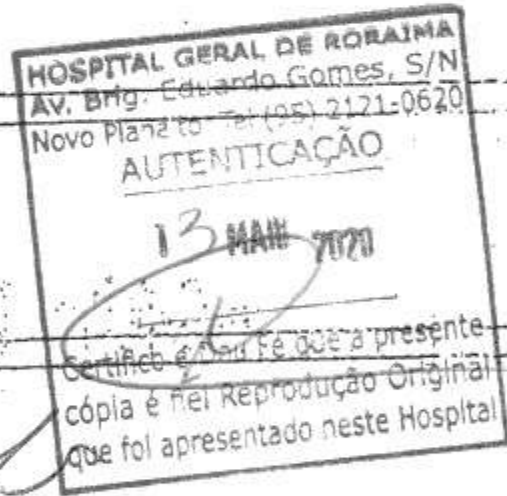
AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

50 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO

51 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO



0308010019

Angelica

207-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Arnaldo Sousa de Azevedo</i>					
AGNÓSTICO <i>Dr. Arnaldo de Azevedo</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>14/3/20</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				Mantido
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>18:24</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>18:24</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>14:30</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>21:30</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>22:00</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>22:00</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>Suspensão</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>Suspensão</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>Além</i>
13	SSV + CCGG 6/6 H				<i>noturno</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>M</i>
15	<i>Clindamicina 600mg 5x12h</i>				<i>16:16</i>
16	<i>Tiludronato 200mg 1x12h</i>				<i>18:18</i>
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 DM/L, 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:

Ob:ca 16x80 92 20 363c

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	126x81	99	22	
18 H	120x80	80	-	36°C
24 H	100x70	98	19	36,5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
 Novo Planalto Tel (95) 3171-0620

AUTENTICAÇÃO

13 MAIO 2020

Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel reprodução original que foi apresentada neste Hospital

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

UBS: As Ob:ca a farmácia não disponibilizou o item 8. Por isso...

18h Paciente no leito, refere dificuldade para respirar. Enf. plantonista ciente. Sem medicação com SSVV. Chamado enfermeiro para avaliação.

135: As Obice do dia 15/03/20, a paciente no litto medicada
e Rm 2 adm intercorrência e segue as cuidados de enfer-
magem terione

João de Souza Araújo
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 000.461.072

13/03/20 paciente no leito, hoje as 11hs
referiu dor intensa adm item 01 e 02 não
foi adm item 08 SSV preservados segue
aos cuidados da enfermagem. JSF

15/03/2020 paciente no leito
exerido SSV. adm. medicação

e Rm

Maria Jesus Silva Duó
Téc. em Enfermagem
COREN - RR 5929.395

Comando de Armada
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 000.461.072