

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200222802 **Cidade:** Mucajáí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 02 10 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 11 //

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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, 24 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200222802 **Vítima: MANOEL PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 17/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL PEREIRA DA SILVA

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, 05 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200222802** **Vítima: MANOEL PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 17/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL PEREIRA DA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MANOEL PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000003993-4

Conta: 000010007775-7

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

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:

586.416.882.34

4 - Nome completo da vítima:

Manuel Pereira da Silva

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

5 - Nome completo:

Manuel Pereira da Silva

6 - CPF:

586.416.882-34

7 - Profissão:

Revisor

8 - Endereço:

Rua: Santo Antônio

9 - Número:

1112

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Muçum

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.340-000

15 - E-mail:

fromixasnascimento6@hotmail.com

16 - Tel (DDD):

(95) 49131-1149

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGENCIA: 3993

4

CONTA: 7.775

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGENCIA: _____

CONTA: _____

(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

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 nasceu?

 Sim

 Não

 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 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

 39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, *Muçum - RR, 10 de junho de 2020*
Manuel Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DE RORAIMA
Telefone/Fax 95 3542-1333 / 3542-1194 / PRV 542
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MUCAJAÍ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

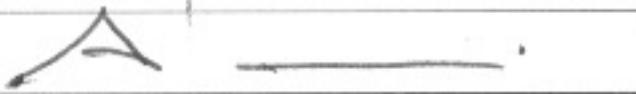
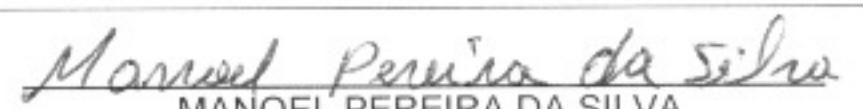
Boletim de Ocorrência: 0355/2020		Data: 17/04/2020	Hora: 09h55min
Nome: MANOEL PEREIRA DA SILVA		Alcunha:	
Identidade: 120.919 SSP/RR		CPF: 586.416.882-34	
Endereço: Rua Santo Antônio, nº 1112		Bairro: São Raimundo	
Ponto de Referência: Próximo do cruzamento com a Av. Maranhão			
Cidade: Mucajáí	Estado: RR	Telefone: 99128-7609	
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: Santa Luzia	Estado: MA	
Filiação: Francisco Pereira da silva e Francisca Alves da Silva			
Profissão: Autônomo	Data de Nascimento: 14/02/1974	Idade: 45 anos	
Estado Civil: Casado	Grau de Instrução: Ensino Fundamental Incompleto		
Cor/Raça: Parda			

DADOS DA OCORRÊNCIA E DO AUTOR

Natureza: Acidente de Tráfego com Vítima – Lesão corporal		Código: 1001
Nome/Autor: PJ		
CPF/RG: PJ	Filiação: PJ	
Endereço: PJ		
Local da Ocorrência: RR 325 - Sentido Mucajáí/Apiaú - Próximo da entrada da Vicinal da Embrapa – Zona Rural – Mucajáí/RR.		

Senhor Delegado,

Compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil de Mucajáí, a pessoa acima qualificada para comunicar QUE no dia 17/03/2019 por volta 14h30min a comunicante trafegava na RR-325 sentido Mucajáí/Apiaú; QUE no endereço supracitado o comunicante perdeu o controle da motocicleta e saiu da pista; QUE o comunicante tentou controlar a motocicleta, porém não conseguiu; QUE em função disso o comunicante caiu; QUE na ocasião o comunicante conduzia a seguinte motocicleta: marca/modelo Honda/BIZ 125 ES, Placa NBA 0433/RR, cor preta, Ano Fáb. 2013, Ano Mod. 2013, RENAVAN 00525329986 e Chassi 9C2JC4820DR041307, em nome de Geneci da Paula Silva; QUE comunicante conseguiu chegar até o Hospital de Mucajáí, conforme Guia de atendimento de Urgência e Emergência (em anexo); QUE em seguida foi encaminhado para o Hospital Geral de Roraima - HGR, QUE o comunicante solicita cópia deste B.O, para entrada Processo Seguro DPVAT. Era o que tinha a comunicar.

 Reginaldo Almeida Agente de polícia Civil Matrícula nº 42000285	 MANOEL PEREIRA DA SILVA Comunicante
Despacho (<input type="checkbox"/>) FATO ATÍPICO ARQUIVA-SE (<input type="checkbox"/>) AGUARDA EM CARTÓRIO POR REPRESENTAÇÃO CRIMINAL (<input type="checkbox"/>) INTIME-SE AS PARTES /TCO/BOC PELO DELITO _____ PREVISTO NO ART _____ (<input type="checkbox"/>) INTIME-SE O COMUNICANTE PARA DECLARAÇÕES E REP. CRIMINAL. LOCAL _____ DATA / / ASS. AUTORIDADE POLICIAL _____	Despacho LOCAL _____ DATA / / ASS. AUTORIDADE POLICIAL _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL PEREIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03993-4

CONTA: 000010007775-7

Nr. da Autenticação 133127D60642C57F



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Gericz, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Bérla B-1
Regime Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 386/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0504485-5

4901240

Nº da Nota Fiscal

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2020	11/04/2020	553	460,43

GENECT DE PAULA SILVA
R. SANTO ANTONIO 1112 F - CENTRO
CEP: 69.340-000 - MUCAJAI

CPF: 00042595673220

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	16644	Atual:	27/03/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	16291	Anterior:	26/02/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	38	Próxima leitura:	28/04/2020	Ligação:	BIFÁSICA
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	26/03/2020	Número Medidor:	TEB1613797
Consumo médio:	553	Apresentação:	27/03/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	553			Modelidade:	

DESCRIPÇÃO DA CONTA			
CONSUMO	553	A R\$ 0,764425 =	422,72
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)			24,72
CORRECAO MONETARIA IG 01/20-00			4,01
HULTA POR ATRASO 01/20-00			7,00
JUROS DE MORA DE IMPO 01/20-00			1,98

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDAÇÃO	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 553 - 0,61770			
Média 12 meses: 444			

	Unidade consumidora sujeita a seu pagamento do fornecimento de energia elétrica a partir de 11/04/2020. O não pagamento pode levar a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento, levar desconsiderar este aviso. Mes/Ano Valor R\$ 02/2020 391,00
	LIGUE 83807019120 E FAÇA OPÇÃO 1216162126

RESERVADO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	228,53	Encargos:	12,94	Base de Cálculo:	ICMS: 17,80% 71,86
Distribuição:	188,11	Tributos:	81,09		PIS: 0,38% 1,63
Transmissão:	0,00				COFINS: 1,79% 7,68

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
Límite	DIC	FIC	DMIC
Realizado	0,00	0,00	0,00

***RGT: 216.035.16.12.043000



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

SEU CÓDIGO

0504485-5

TOTAL A PÁGAR - R\$

460,43

MÊS FATURADO

03/2020

VENCIMENTO

11/04/2020

Nº da Nota Fiscal: 4901240

FCAM*

83640000004 5 60430075000 6 00000000504 1 48550320008 4



SEQ.: 0019 UC: 0504485-5 DT. LEIT.: 27/03/2020 T. ENTR.: 07
LEITURA: 16344 NORMAL TOTAL: 460,43 CARGA: 002
DT. VENC.: 11/04/2020 TRREG.: 000 COLETOR: 4382



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: 5163769

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

R. CAPELLA, 882 , LT 402

CIDADE SATELITE

69317492 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1040650	05/2020	13-APR-20 a 12-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
514	11-JUN-20	R\$ 978,85

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
1040650	05/2020	R\$ 978,85

836100000097.788500750005.000000001040.065005200053



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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisca Sousa do Nascimento

inscrito (a) no CPF/CNPJ 606.934.792 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Manoel Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 586.416.882 / 34

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vítima Manoel Pereira da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 586.416.882 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

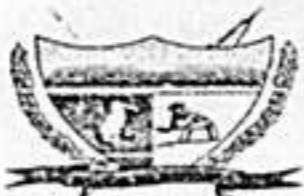
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço:	Rua: Capella, LT: 403	Número:	882	Complemento:
Bairro:	Cidade Satélite	Cidade:	Boa Vista	Estado: RR CEP: 69.317-492
E-mail:	franciscasnascimento@hotmail.com			Tel.(DDD): (95) 99131-1149

Local e Data: Boa Vista - RR, 15 de junho de 2020.



Assinatura do Declarante



Mucajai
GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro n° _____

Número da Guia: _____

Data do Atendimento: 17/03/2020

Hora: 14:50

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

() VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL

Nome: Manoel Pereira da Silva Idade 45

End.: Santo Antônio N° 1112 Bairro Centro Cidade: MCJ

D.N.: 14.12.1974 Sexo: M Naturalidade: Santa Luzia - MA

CPF: 586.416.882-34 RG: _____ Órgão: _____

Mãe: Francisca Alves da Silva

Pai: Francisco Pereira da Silva

Escolaridade: _____ Raça/Cor: _____

CNS: 700.600447639462 Telefone: () _____

Estado Civil: _____ Conjuge: _____

PA: <u>140 x 90</u>	F.R: <u>8</u>	SPO: <u>95% AA</u>	PESO: _____
F.C: <u>85.5 pm</u>	DX: _____	TAX: _____	ALERGIA: <u>✓</u>

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Cliente refere dor + edema em punho ()
após queda de moto.

*Edilene Pereira da Silva
Carioca 000.3100
Enfermeira*

ECG: 15

Par
vítria de trauma
com uso com
cões em coroas () e Pentes ().
NEGA TCE, NEGA Vômitos.

AP: m V+ UA, SVA

HD: trauma com uso 15.0

- DIPRININA 5g IV

CD: - TEENOXEREM 40g IV

Dr. Hélio S. Morais
Médico
CRM-RR 2039

OBSERVAÇÕES: - Sobreço Rx

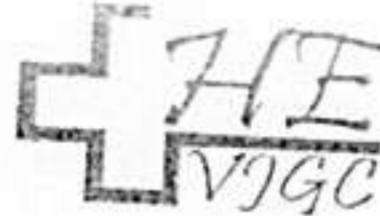
Responsável pelo paciente (se menor)

CONFERE COM ORIGINAIS

73 com FRACTURA, ENCAVELAMENTO AO



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"



RECEITUÁRIO

NOME: Manoel P. Senna

Ao HERR

15:20

(ORTOPEDISTA)

Por VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO ACERCA TUDO
Há \pm 30 min. Armas com esconderijo e
EDEMA em PUNHO e cotovelo (E).

INFORMA QUE NÃO BATEU CABEÇA. ECG=15
Ps: 140x90 Dalt: 96%. AP Fc=85 bpm

Ao EXAME DAS ARTICULAÇÕES: EDEMA e Restrição
nos movimentos + DOR.

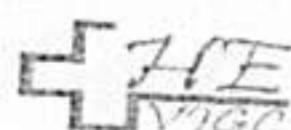
Ferro Anorgânico e TETOXICOS (40g) e
DIPIRONA (1g)

Rx: EVIDENCIADA FRACTURA em RÁDIO DRSTAC

DATA: ____ / ____ / ____

Escrivendo P/ AVARIA E SEGUIMENTO

ASSINATURA E CARIMBO



HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR JOSÉ GUEDES CATÃO
CNPJ: 84013440/0001-73 CNES: 2320886
Rua Marlene Araújo, 312 - Centro, CEP: 69.340-000 - Mucajai/RR
Telefone/Fax: Direção - (95) 3542-1386

Dr. Hendel S. Moraes
Médico 2039
CRM-RR

OBRATO!

E
PA

OBL.



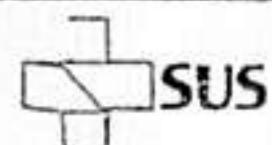
PA E

OT

Alta 12.03.2020

Anexo I

GRANDE TRAUMA



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HGR

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Monal Dérion da Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO
148724

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71006100442163941612

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/12/44

9 - SEXO
Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Francisca Alves da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

000 949108207

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º BAIRRO)

Rua Santo Antônio 112 Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Meia Jai

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pct, 45 anos, vítima de acidente de moto com
fratura em Ponto E. Necessita de Intervenção
cirúrgica

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Horizonte Tel (65) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

12.03.2020
HGR

Certifico e Declaro que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Aos acima

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

Anamnese + exame físico + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de Ponto E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

Lodmír Viana

12/03/2020

Dr. Lodmír Viana
Médico

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

178.724

BPA

OK

Desospitalização NIR



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	37103200	DN	1412174
PACIENTE	monaíl Puiino Da Silva			
AGNÓSTICO	Fratura de Punho (E)			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2
IDADE	65 anos	LEITO		DATA
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H (5/7)			
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 (DUDRAN) >			
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H (DUDRAN)			
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
13	SSVV + CCGG 6/6 H			
14	CURATIVO DIÁRIO (DUDRAN)			
15	ao dílaco			
16				
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 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:

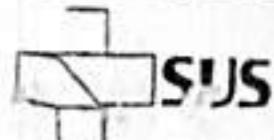
SINAIS VITAIS		PA	FC	FR
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Joamir Viana
Médico Residência 2124
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

intervencis 18:09
PA 134X84
FC 96
T- 36.3 Irap R. da Silva
Téc. Enfermeira
COREN RR-903 683

Anexo I
altro: 07/05/2020

4CC

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Mucuri

6 - N° DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc. Fem. 3

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/12/1924

11 - TELEFONE DE CONTATO

95 99 168 2073

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

paciente com fadiga crônica, dislipidemia, diabetes mellitus e hipertensão arterial. Faz uso de medicamentos para controle da pressão arterial, colesterol e glicose. Sintomas de fadiga e cansaço, com perda de peso e ganho de peso do corpo e fadiga.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Dr. Acervo

HOSPITAL MUNICIPAL DE RIBEIRÃO
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

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

VLT + nome fadiga

Certifico e Dou Fé que a presente

é a cópia da original

que foi apresentado neste hospital

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Augusto Cavalcante

Médico Residente

CRM-RR 1964

CRM-RJ 1964

CRM-SP 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

CRM-MG 1964

CRM-MS 1964

CRM-RO 1964

CRM-AC 1964

CRM-RR 1964

CRM-ES 1964

CRM-PR 1964

Alergia Dipirona

L. 65

Blô 500 13 Maio 65

Marcos Pereira da Silva

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE		MARCOS PEREIRA DA SILVA		
AGNÓSTICO		4x Mário Braga		
ALERGIAS				
IDADE		45 A	HAS	NEGA
ITEM		LEITO	DM2	NEGA
		PREScrição		
1		DIETA ORAL LIVRE		
2		ACESSO VENOSO PERIFERICO		
3		SF 0,9% 500ML EV S/N		
4		DIPIRONA 500MG EV 6/6H Alergico		
5		OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIAS		
6		TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
7		NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		
8		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h		
9		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
10		CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		
11		CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		
12		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
13		SSVV + CCGG 6/6 H		
14		CURATIVO DIÁRIO		
15				
16				
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
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	.		
18 H	140x90	306	36.2
24 H	140x90	302	34.28

Realizado visita e orientações
PCTE BEG () RÉG () MEG ()

acompanhado S () N ()
C/ () S/ () queixas SpO2 93%

FC 96. Realizado AVF n. 16
Orienta jgum. Poder ser
cardiologe respondido.

Tarciana Paula de Souza Dutra
Enfermeira
COREN/RR 237.389

Bruno Vieira
CRM 1231 RB
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
17.177 MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
COREN/RR 903.889

Supervisão:
Viviane Brandão
Enfermagem
M22 A1 TE

M. Autoria de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN/RR 907.678-TE

Ab 06:00

PA: 150x90
Fc: 96.

T: 36,4°C

Luana da Silva Vale
Tec. de Enfermagem
COREN/RR 638.121

Danilo da Silva Barreto
Téc. em Enfermagem
COREN/RR 850.142

Danilo da Silva Barreto
Téc. em Enfermagem
COREN/RR 850.142

* 23:05; Realizado novo AVF em M/SD
com jato número 16.

Danilo da Silva Barreto
Téc. em Enfermagem
COREN/RR 850.142

* 24:00; Paciente refere alergia a
dipirona.

Danilo da Silva Barreto
Téc. em Enfermagem
COREN/RR 850.142



PEDIDO DE PARECER

Unidade: M

Nome: MARIA LUIZA DA SILVA

Idade: 45

REGISTRO:

Bloco:

Enfermaria: E

Leito: Mac - 65

UTI:

EMERGENCIA:

De:

Onofrovia

Para:

Cardiologia

Antecedentes de fraco Circulo g/ Cirurgia

Onofrovia: femme de 45 ans

04/05/2020

Data

Bruno Vieira
CRM 1231 RR
Médico Residente
Cirurgia e Traumatologia
[Signature]
Médico(a)

Risco Cirúrgico Cardiológico

Cirurgia: correção de fratura Radio-Distal (eletiva)

ICPP: nega HAS/DM, nega recordalgia, nega dislip, ex Telangiectasia (parou 20 anos), HF neg DAC, nega cirurgias prévias; nega palpitações, boa cicatrização e coag (SIC).

Exame: suprêmico, afibril, hidratado, anamnese

ACV: RCR: 2T, BNF, PA = 160x88 mmHg FC = 103 bpm

PA = MUV, sem RA

ABD = flácido, indolor.

MMI: sem edemas.

04/05/2020

Data

cd = Índice de Lee I
Orientações gerais:

médico

OBS.

Dra Ana Carolina Santos
Cardiologia-Ecoangiografia
CRM-RR 2003

Lab (17/03): Cr 1,0 / G (100) Ur 28 / RN 0,62 / TTPa 27 / Hb: 15 / Ht 44 / PC 160000

RXT (17/03): ECT normal

ECG (17/03): normal, regular, FC 93 bpm



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 5/5/2005

Monica Rozatto
M. S. Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Socinte em DPOH sob Sedacioneptico
Anestesia e Analgesico
Colocação do corpo estranho
2) Incisão em dorso de mão E com
divulsão parcial da olecrano e VZD
do corpo com redução cruenta com
uso de Fis de Virehult
3) Reduzir cruento com FX de estilete
de rossette E.
4) LIG com 5FO, 9).
5) sutura com Monocril + Nylon
6) drenagem
7) dorfa + teto adequadamente

Dr. Augusto Alcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR-1964

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR-1017
Tutor Especialista TEOT



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		Idade: 45 anos	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Manoel Pereira da Silva					05 / 05 /2020
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Tratamento de quebra de fratura toracica no corpo E		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		8:45	9:49		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGÃO	Dr. Alberto		ANESTESISTA:	Dr. Michel	
1º AUXILIAR	Dr. Jonathas		RES. ANESTESIA:	Dr. Andressa R.	
2º AUXILIAR	Dr. Augusto		INSTRUMENTADOR		
CIRCULANTE					
Ademilton / Rafaella					
TIPO DE ANESTESIA: RP R + Bloqueio Axilar					
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
7	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE			500 ml	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO VICRYL N° Monocryl n: 4.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO MONONYLON N° 4.0	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
1	LÂMINA BISTURI N° 15			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
1	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT SIMPLES N°	
1	DRENO DE TORAX N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
1	DRENO DE PENROSE N°			FIO PROLENE N°	
1	SERINGA 01ML			FIO SEDA N°	
1	SERINGA 03ML			SURGICEL	
1	SERINGA 05 ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 10ML			KIT CATARATA N°	
1	SERINGA 20ML			GEOFOAM	
1	Eletrodo	100ml		FITA CARDIACA	
1	Cateter 02	100ml		OUTROS: Álcool	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			VALOR
	Jaelma				
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA Ademilton Rafaela	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					
DATA DE ADMISSÃO		DIH			DN
PACIENTE		<i>Widomar P. da C. da S. Lima</i>			
AGNÓSTICO		<i>sem agnóstico</i>			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>5/5/20</i>
ITEM		PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H <i>5/5/2</i>				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	<i>Ornitato - 1G EV 12/12h</i>				
16					
17					
18					
19					
20					
21					

*Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964*

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				
18 H				
24 H				

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Alceguio Diphiloro

165

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScriÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
PACIENTE	<i>Alceguio Diphiloro</i>			
AGNÓSTICO	<i>10/11/21</i>			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		DATA	<i>5/5/21</i>
ÍTEM	PREScriÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			Mamãe
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			S/N
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			SUSP-
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			06
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			S/N
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			S/N
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			ATF (12) 20 04
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			S/N
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			(16) 22 04
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			18 06
13	SSVV + CCGG 6/6 H			
14	CURATIVO DIÁRIO			Bohne
15	<i>Alceguio Diphiloro</i>			Reativo
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

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	T
12 H	140x90	91	-	36,2
18 H				
24 H				

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

12: DEXTRO: 119mg/dl

virte →

Atencional a DIPIRONA

65

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	<i>Wynoel Ferreira do SP</i>				
AGNÓSTICO	<i>F. radio diab.</i>				
ALERGIAS	<i>Dipirona</i>	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>05-05-2010</i>
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>SND</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				<i>manhã</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>SN</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H <i>SUSPENS</i>				<i>susp</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>06</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SN</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>SN NPF</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>06</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>SN</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>susp</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H <i>SUSP</i>				<i>susp</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Retirar</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	<i>Permanecer deitado no leito. SN</i>				<i>SN</i>
16					
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
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:

CRM-RR 1615 / RQE: 684
Dr. Pedro Di Giouvaert
Orthopedista/Traumatologista

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



HGR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu Júmanoel Pereira da Silva CPFnº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:
 - Cirurgias pré-agendadas;
 - Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
 - Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
 - Quando decidido pela equipe assistencial;
- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirme que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 05 de Junho de 2020.

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPFnº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Medico Regulador _____ CRM _____ / _____



Lt 39

HCIN

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA

Eu Emmanuel Pereira da Silva CPFnº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:
 - Cirurgias pré-agendadas;
 - Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
 - Complicações clinicas com necessidade de atendimento emergencial;
 - Quando decidido pela equipe assistencial;
- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirme que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 05 de Junho de 2020

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPFnº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

CRM _____

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - CANARINHO - HGRC

0103160

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - CANARINHO - HGRC

0103160

MANOEL PEREIRA DA SILVA

700600447639462

(95) 99168-2072

14/12/1974

Masculino

FRANCISCA ALVES DA SILVA

RUA - SANTO ANTONIO

1112

CENTRO

MUCAJAI

140030

RR

ORTOPEDIA

Eletivo

X

702102736066693

LAEL DOS SANTOS

Evolução do Curativo

HGR Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR
---	---

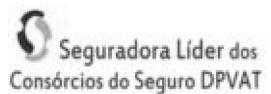
Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020*
Paciente: Manoel Dourado da Silva	Leito: 34	Data: 06/05/2020	

Localização		Região: MSE (mão)	Região: MSE
Etiologia	(<input checked="" type="checkbox"/>))LPP I,II,III,IV?* (<input type="checkbox"/>)) Queimadura (<input checked="" type="checkbox"/>)) Cirurgia (<input type="checkbox"/>)) DM (<input type="checkbox"/>)) Vascular (<input type="checkbox"/>))Trauma: <input type="checkbox"/>)) Tração <input type="checkbox"/>)) Fixador Externo (<input type="checkbox"/>))ortopedia (<input type="checkbox"/>))Outro:	Grau: I (<input type="checkbox"/>)) II (<input checked="" type="checkbox"/>))	Grau: I (<input type="checkbox"/>)) II (<input checked="" type="checkbox"/>))
Aparência do Leito	(<input type="checkbox"/>))Necrose: Amarela/Negra (<input type="checkbox"/>))Esfacelo (<input type="checkbox"/>))Granulação (<input type="checkbox"/>)) Epitelização (<input checked="" type="checkbox"/>))Ferida fechada (<input type="checkbox"/>))Dreno/Sonda (<input type="checkbox"/>))Outros	(<input type="checkbox"/>))Normal (<input type="checkbox"/>))Macerado (<input type="checkbox"/>))seca (<input type="checkbox"/>))Eritema / Rubor (<input type="checkbox"/>))Outro:	(<input type="checkbox"/>))Normal (<input type="checkbox"/>))Macerado (<input type="checkbox"/>))seca (<input type="checkbox"/>))Eritema / Rubor (<input type="checkbox"/>))Outro:
Pele Perilesional	(<input type="checkbox"/>))Purulento (<input type="checkbox"/>))Sero (<input checked="" type="checkbox"/>)) Sanguinolento (<input type="checkbox"/>)) Serossanguíneo (<input type="checkbox"/>)) Seco (<input type="checkbox"/>))Outro:	(<input type="checkbox"/>))Purulento (<input type="checkbox"/>))Sero (<input checked="" type="checkbox"/>)) Sanguinolento (<input type="checkbox"/>)) Serossanguíneo (<input type="checkbox"/>)) Seco (<input type="checkbox"/>))Outro:	(<input type="checkbox"/>))Purulento (<input type="checkbox"/>))Sero (<input checked="" type="checkbox"/>)) Sanguinolento (<input type="checkbox"/>)) Serossanguíneo (<input type="checkbox"/>)) Seco (<input type="checkbox"/>))Outro:
Quantidade de Exsudato	(<input checked="" type="checkbox"/>))Molhado (<input type="checkbox"/>))Úmido (<input type="checkbox"/>)) Seco	(<input type="checkbox"/>))Molhado (<input type="checkbox"/>))Úmido (<input type="checkbox"/>)) Seco	(<input type="checkbox"/>))Molhado (<input type="checkbox"/>))Úmido (<input type="checkbox"/>)) Seco
Solução de Limpeza	(<input checked="" type="checkbox"/>)) Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>)) Clorexidina 2% (<input type="checkbox"/>)) Álcool 70%	(<input checked="" type="checkbox"/>)) Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>)) Clorexidina 2% (<input type="checkbox"/>)) Álcool 70%	(<input checked="" type="checkbox"/>)) Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>)) Clorexidina 2% (<input type="checkbox"/>)) Álcool 70%
Cobertura primária	(<input checked="" type="checkbox"/>))Gaze (<input type="checkbox"/>))Colagenase/Fibrinase (<input type="checkbox"/>)) Sulfadiazina de Prata (<input type="checkbox"/>)) Hidrogel (<input type="checkbox"/>))Outro:	(<input checked="" type="checkbox"/>))Gaze (<input type="checkbox"/>))Colagenase/Fibrinase (<input type="checkbox"/>)) Sulfadiazina de Prata (<input type="checkbox"/>)) Hidrogel (<input type="checkbox"/>))Outro:	(<input checked="" type="checkbox"/>))Gaze (<input type="checkbox"/>))Colagenase/Fibrinase (<input type="checkbox"/>)) Sulfadiazina de Prata (<input type="checkbox"/>)) Hidrogel (<input type="checkbox"/>))Outro:
Troca	(<input type="checkbox"/>))Diário (<input type="checkbox"/>))12/12	(<input checked="" type="checkbox"/>))Diário (<input type="checkbox"/>))48/48h	(<input checked="" type="checkbox"/>))Diário (<input type="checkbox"/>))12/12 (<input type="checkbox"/>))48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Leissa Paula F. da Silva Técnica de Enfermagem COREN-RR 934.631	Eliscláudia Carvalho Gómez Gestante de Núcleo Tratamento e Feridas	Eliscláudia Carvalho Gómez Gestante de Núcleo Tratamento e Feridas
Observações:	Solme		





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172648/20

Vítima: MANOEL PEREIRA DA SILVA

CPF: 586.416.882-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/03/2020

Titular do CPF: MANOEL PEREIRA DA SILVA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

MANOEL PEREIRA DA SILVA : 586.416.882-34

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: 22/06/2020
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200222802 **Cidade:** Mucajáí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 02 10 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 11 //

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Manoel Pereira da Silva, brasileiro(a) est
ado civil casado, profissão: funcionário público, portador(a) da
cédula de identidade CIRG nº 120 919 e inscrito no CPF/MF nº
586.416.882-34, residente e domiciliado na
Rua Santo Antônio, nº 1112, Bairro:
São Raimundo, município de Mucajai, RR, Tel. _____, E-mail: _____.

OUTORGADO: Francisca Sousa Do Nascimento, brasileira, solteira, portadora do RG nº 148.994SSP/RR e inscrito no CPF nº 606.934.792-72, residente e domiciliada na Rua:Capella, LT: 402, nº 402, Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-492, município de Boa Vista-RR

PODERES ESPECIAIS: a OUTORGADA para Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizado ao outorgado.

Boa vista, 22 de 04 de 20.



Manoel Pereira da Silva

OUTORGANTE

Tabelião e Registradora: Nathália Gabrielle Lago da Silva
Rua Rio Grande do Norte, 73, Centro, 69340-000, Mucajai-RR
Fone: (095) 3542-1130 - Email: cartorio.natalia.mucajai@tabelionato.com.br



RECONHECIMENTO

Reconheço a assinatura por AUTÉNTICA de:

(1) MANOEL PEREIRA DA SILVA, Dc u fó. Mucajai-RR

22 d / abril de 2020. Emolumentos R\$ 2,56 + FUNDEJURR

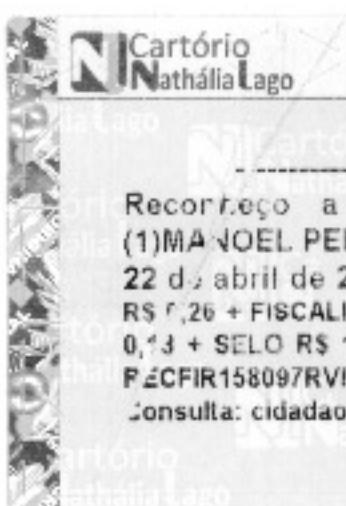
R\$ 0,26 + FISCALIZAÇÃO R\$ 0,13 + FEC M R\$ 0,13 + ISS R\$

0,13 + SELO R\$ 1,50 = R\$ 4,71. Selo Digital de Fiscalização:

PACFIR158097RVM5XDBG83VIYM24

Consulta: cidadao.portalseiorr.com.br

Sônia Conceição da Silva
Sônia Conceição da Silva
Escriturante Autorizada



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172648/20

Vítima: MANOEL PEREIRA DA SILVA

CPF: 586.416.882-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/03/2020

Titular do CPF: MANOEL PEREIRA DA SILVA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

MANOEL PEREIRA DA SILVA : 586.416.882-34

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: 22/06/2020
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO