

## PROCURAÇÃO

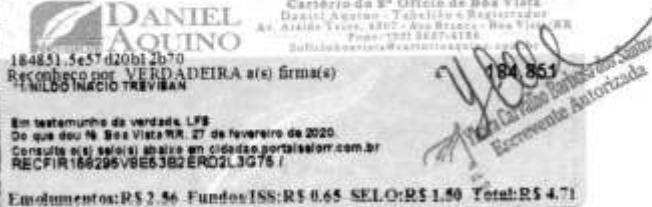
**OUTORGANTE:** NILTO INACIO TREVISAN, brasileiro, casado, motorista, portador do CPF 294.514.422-00, portadora da cédula de identidade 777-70 SSP/RR, residentes e domiciliados na Rua Topázio imperial, snº quadra 18 lote 508, Bairro Pedra Pintada, CEP 69.300-000 , Município de Boa Vista - RR.

**OUTORGADO:** RONALDO SOUZA COSTA, brasileiro, união estável, auxiliar administrativo, RG 164075 SSP/AM, CPF 616.535.942-68, residente e domiciliado na Maria Rodrigues dos santos, Nº 996, bairro Asa Branca, Boa Vista-RR

**PODERES:** Para requerer o seguro DPVAT por NILDO INACIO TREVISAN, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de transito, podendo o referido (a) procurador (a) receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, 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, podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária.

Boa Vista – Roraima, 26 de Fevereiro de 2020.

  
Nilto Inacio Trevisan  
NILDO INACIO TREVISAN



Em testemunho da verdade, LFG:  
De que dou N°. Boa Vista/RR, 27 de fevereiro de 2020.  
Consulte os(s) selo(s) abaixo em [cidadao.portalseorr.com.br](http://cidadao.portalseorr.com.br)  
REC/FIR/166295VBE63B2ER02L3G75 /

Encargos: R\$ 2,56 - Fundos ISS: R\$ 0,65 - Selo: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,71

## **PROCURAÇÃO**

**Outorgante: : LORENA TAIANA DA SILVA, Brasileira, Solteira, portador (a) do ID nº 3327698 SSP/RR e inscrito no CPF: nº 003.639.152-22 , residente na AV: Sol Nascente nº 1489 , Bairro: Bela Vista, CEP: 69.316-132, nesta Capital. Tel.: (95) 99163-1465**

**VITIMA:** LORENA TAIANA DA SILVA **CPF Nº:** 003.639.152-22 **DATA DO SINISTRO:**  
**02/12/2019.**

## **NATUREZA: INVALIDEZ**

**OUTORGADA: TELVIA SANTIAGO GUEDES, RG nº 524555-9 SSP/RR e CPF nº 739.248.066-91,  
Brasileira, Casada, cujo endereço é na AV: Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, Telefone: (95)  
98118-1200.**

## **PODERES:**

Para requerer o Seguro DPVAT por INVALIDEZ a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, 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 e Federais, ou Órgão privado, além de transigir, depositar substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome de próprio bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT



Boa Vista-RR, 10 DE DEZEMBRO de 2019.

LORENA FARNON SILVA

LORENA TAINA DA SILVA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200102434      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NILDO INACIO TREVISAN      **Data do acidente:** 22/09/2019      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NO COLO DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/FIOS DE KIRSCHNER/PARAFUSOS CANULADOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL 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 QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG. 4/5/6/8/9/12 \_CIRURGIA

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081593/20

**Vítima:** NILDO INACIO TREVISAN

**CPF:** 294.514.422-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/09/2019

**Titular do CPF:** NILDO INACIO TREVISAN

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RONALDO DE SOUZA COSTA : 616.535.942-68

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

### NILDO INACIO TREVISAN : 294.514.422-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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: 05/03/2020  
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA  
CPF: 616.535.942-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

RONALDO DE SOUZA COSTA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200102434      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NILDO INACIO TREVISAN      **Data do acidente:** 22/09/2019      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/05/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NO COLO DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/FIOS DE KIRSCHNER/PARAFUSOS CANULADOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL 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 QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG. 4/5/6/8/9/12 \_CIRURGIA

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081485/20

**Vítima:** LORENA TAINA DA SILVA

**CPF:** 003.639.152-22

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/12/2019

**Titular do CPF:** LORENA TAINA DA SILVA

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

### LORENA TAINA DA SILVA : 003.639.152-22

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](http://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: 05/03/2020  
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES  
CPF: 739.248.066-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE RORAIMA  
SECRETAÇÃO DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DIOGO CRUZ



Polegar Direito



*Telvia Santiago Guedes*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RECERTIFICO  
DEME 524555-9

30/01/2017

NOME  
**TELVIA SANTIAGO GUEDES**

EDMILSON JOSÉ SANTIAGO

TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALEZA:

SANTARÉM - PA

18/11/1970

DOC. CREDEN.

CERTO CAS 353 FLS 153 LIV B 02

SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CEP:

1 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI  
Perito Especialista da Polícia Civil  
Ditador da SOG

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

P 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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

Pólo de Direito



*Nildo Inacio Trevisan*

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **77770**

DATA DE EXPEDIÇÃO **10/06/2019**

NOME **NILDO INACIO TREVISAN**

DATA DE NASCIMENTO  
**28/12/1965**

FILIAÇÃO  
**SABINO TREVISAN**  
**ELZA ANA TREVISAN**

NATURALIDADE  
**MISSAL - PR.**

DOC. ORIGEM  
**CERTD CAS AVERB DIVORCIO 1304 FLS 104 LIV B-05**  
**SÃO LUIZ - RR.**

CPF

**294.514.422-00**

**ANNADEU ROCHA TRIANI**  
Partido Progressista da Policia Civil  
São Paulo - SP

2<sup>a</sup> VIA

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

P1



1901193541

02/12/2019 12:54:55

## FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 22

Paciente

LORENA TAINA DA SILVA

Tipo Doc

Documento

IDENTIDADE

3327698

Mãe

MARIA APARECIDA SILVA

Endereço

RUA - SOL NASCENTE - 1489 - BELA VISTA - BOA VISTA - RR

Data Nascimento

07/05/1989

Idade

30 A 6 M 26 D

CNS

700501985768755

CPF

00363915222

Prontuário

00168413

Naturalidade

SOLTEIRO(A) PARADA

Raça/Cor

Paiz

IGNORADO

Copiato

(95) 99116-2467

Ocupação

BRASILEIRA

Nacionalidade

NÃO INFORMADA

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

RESGATE

Procedimento Sol.

Registrado por:

ANTONIA.SOARES

Queixa Principal

 Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_ : \_\_\_\_ h)

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Início

Exame Físico

Excorre 6 dias de dor nas costas

de JUNHO

S. G. coluna, ossos, articulações

Hipótese Diagnóstica

Trauma

SADT - Exames Complementares

 RAIOS-X ULTRA-SON T.C. SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO

Q. Diarrea gto

Q. dor nas costas

Aux. de Enfermagem

CORENNE 2015/05

Laudotoni Junior

Médico

CRM-RR 1882

CRM-RR 1882

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

 Alta por Decisão Médica Alta a Pedido Alta a Revisão Transferência paraAntes do 1º Atendimento?  Sim  NãoDestino:  Família IML Anatomia Patológica

Data e Hora da Saida/Alta: / / : :

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: antonia.soares

Barcode

1901193541

LORENA TAINA DA SILVA  
EXAMINE

Date: 27/01/2020

A.P.

Anelarço,

27/01/2020

Patient ID: 12423



LORENA TAINA DA SILVA  
EXAMINE

Date: 27/01/2020

A.P.

Anelarço,

27/01/2020

Patient ID: 12423



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Ronaldo de Souza Costa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 616535942 168 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Nildo Mílio Trevisan inscrito (a) no CPF sob o Nº 294514422 100

do sinistro de DPVAT cobertura MUAZ1052 da Vítima Nildo Mílio Trevisan

inscrito (a) no CPF sob o Nº 294514422 100 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
 Recuso informar

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

Endereço:	<u>CIA MARIA PODERIGUES dos SANTOS</u>		
Bairro:	<u>ASA BRANCA</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>
E-mail:	<u>Ronaldo Costa2010@bol.com.br</u>		

Local e Data: Boa Vista/RR 28 de FEVEREIRO de 2020

Assinatura do Declarante



**ZORAIMA ENERGIA S.A.**  
Av. Capitão Eze Gómez, 881 - Centro - Barra Vista - RN  
CNPJ: 02.341-470/0001-64 / INSC. Estadual: 34.007.022-3  
Nº de Fisco / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1  
Regime Especial de Imprensa autorizada pelo SEFAZ 300/13

Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0023601-2

Nº da Nota Fiscal 4678095

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

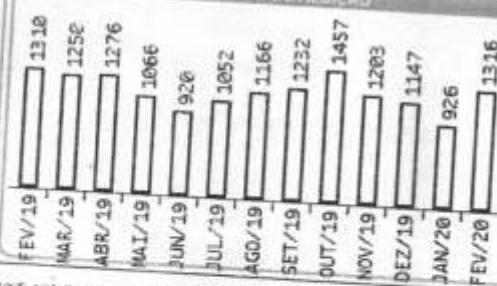
**FEVEREIRO/2020** 11/03/2020 1316 1.030,69  
 ROSIANE MARIA OLIVEIRA GOMES CPF: 00057064281200  
 R. MARIA RODRIGUES SANTOS 996 - ASA BRANCA  
 CEP: 69.312-285 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (kWh)		DADOS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDOR	
Atual:	59952	Atual:	21/02/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.3
Anterior:	59636	Anterior:	24/01/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	28	Próxima leitura:	01/03/2020	Ligação:	TRIFASICO
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	26/02/2020	Número Medidor:	12LDT00006
Consumo médio:	1316	Apresentação:	21/02/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	1316			Modalidade:	N 1522698

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA  
ILUMINAÇÃO PÚBLICA 1316 A R\$ 0,765725 = 1.007,69  
23,00

第十一章

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 1316 - 0.6177%



MENSAGENS  
IMPORTANTES

**REAVISO DE  
VENCIMENTO**

Parabéns! Até o dia 20/06/2020, não constarão faturas vencidas nessa Unidade Consultiva.

RESERVADO AO FISCO - 4033 - CRISTAL

COMPOSITION BY R. B. COOPER

Energía: 543,97 Encargos: 36,81  
 Consumo: 238,22 Tributos: 194,69  
 Transmisi. 0,00

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
1.007,69	ICMS:	17,00%
	PIS:	0,41%
	COFINS:	1,91%

#### INDICADORES DE GESTIÓN

	INC			FIC			TAXAS DE CONTINUIDADE	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Anual
Límite:	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Percentual:	2	4	8	2	4	8	2	4

**Conjunto FLORESTA**



RODRIGUES ENERGIA S.A.  
Av. Casimiro Soárez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 34.007.031-0

**SEU CÓDIGO**  
**0072601-7**

**TOTAL A PAGAR - R\$**

MES FATURADO

VENIMENTO

97 / 2020

11/02/2020

Nº da Nota Fiscal: 4678900

ESAIM

Nº da Nota Fiscal: 4678095 FCA  
83600000010 6 30690075000 2 00000000023 2 60120220008 0

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RÉSSEGURO. <sup>2</sup> 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 TELVIA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 , 93, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LORENA TAIANA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 003-639.152/ 22,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LORENA TAIANA DA SILVA,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 003-639.152 , 22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

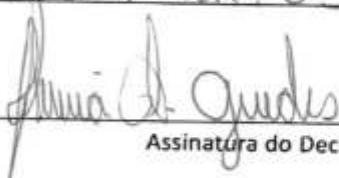
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

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>AV. BENTO BRASIL</u>	Número: <u>248</u>	Complemento:
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.303-050</u>
E-mail: <u>CONFIANCA.CST@HOTMAIL.COM</u>		Tel.(DDD): <u>(95) 98338-3200</u>

Local e Data: BOA VISTA - RR, 03 DE MARÇO DE 2020.



Assinatura do Declarante

171-

1171-a

100

JANETRÖ/2023

26/01/2020

153

111 / 12

NILDO INACIO TREVISAN CPF: 00029451442200  
R. TOPAZIO IMPERIAL S/N QD 18 LOTE 508 - PEDRA PINTADA  
CEP: 99.300-000 - RIO VERDE

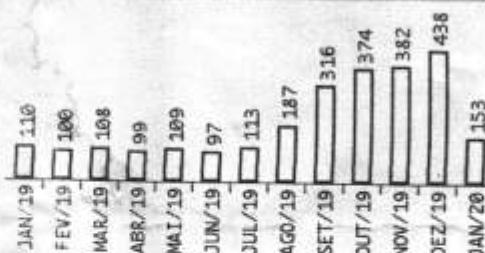
DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 222	18/01/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1.2
Anterior: 244	18/12/2019	Classe/Subclasses: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 31	10-01-2020	Ligação: S1P610H
Próxima leitura:	09-01-2020	Número Medidor: TIBI 613513
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 09-01-2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo medida:	Agrupamento:	Modalidade: P 1612097
Consumo Faturado:		

CONSUMO 153 A R\$ 0,760481 = 116,35  
ILUMINACAO PUBLICA 25,08

[ULTRASOFTWEAR.COM](http://ULTRASOFTWEAR.COM)

74075 SEM TRIMMOS:

卷之三



M&G Asia 33 (2009) 1009



MENSAGENS  
IMPORTANTES

**REAVISO DE  
VENCIMENTO**

LIGE 20007015100 E FADA CADOU VENCIMENTO 16.11.16 21-25  
Fatura emitida dia 08/11/2009, não constatando faturar vencidas.  
Atenção: Nenhuma descontagem.

卷之三

1333-3222(200606)29:6;1-2

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
		AUPLICAT.	VALOR	BASE
Energia:	21,70	Encargos:	21,62	Base de Cálculo:
<b>Consumo:</b>	<b>21,70</b>			<b>100,00</b>
Transmissão:		Tributos:		
		IPI:	0,31%	8,36
		COFINS:	1,45%	1,45

#### INDICADORES DE CONTINUIDAD DE



CNPJ: 01.223.487/0001-16  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.051.438-0  
RUA MARVIN JONES, 318 - SÃO PEDRO - CEP. 63366-470

ASSOCIAMENTO  
CAERR  
0800 280 9520  
[www.caerr.com.br](http://www.caerr.com.br)

Matrícula: 1165704

Dezembro/2019

## Dados do Cliente:

LORENA TAINA DA SILVA

## Endereço para entrega:

AV SOL INSCENTE, NUM. 81489 - BELA VISTA  
BOA VISTA RR 69316-132

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.025.223.0138.000	7	3765	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NÚM DE DIAS
LEITURA FAT.		10	0
LEITURA INF.			
DT. LEITURA			

## ULTIMOS CONSUMOS

201911	10-0
201910	10-0
201909	10-0
201908	10-0
201907	10-0
201906	10-0
MÉDIA	10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rua do Distritalizado					
DECRETO FEDERAL N.º 5449 / 2005 G.M					
APLICATIVOS	CLARO	TURBIDEZ	COR	C. TOTAL	E.COLI
EXTRÍCABIL	100	100	100	100	100
FINALIZADAS	282	282	282	282	282
CONFIRMADAS	282	282	282	282	282

## DESCRICAÇÃO

ÁGUA

CONSUMO TOTAL (R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 m³ 23,83

ESGOTO

80,0 % DO VALOR DE ÁGUA 19,06

VENCIMENTO:

15/01/2020

TOTAL A PAGAR

42,89

Via do Cliente

/fa de OER



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1165704	12/2019	15/01/2020	42,89

82630000000-5 42890004001-8 001116570401-4 12201930003-9



CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	26/02/2020	167	152,08

RAQUEL DELL EUGENIO  
AV BENTO BRASIL 248 - CENTRO  
CEP: 69.301-050 - BOA VISTA

CPF: 00005763937899

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	Datas	Atual:	23-01-2019	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.1.2
Anterior:	20/02/2020	Anterior:	20-12-2019	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	10	Próxima leitura:	14/02/2019	Ligação:	BIFÁTICA
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	20-01-2020	Número Medidor:	I-47DB88902
Consumo medido:	167	Apresentação:	29-01-2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo faturado:	167			Modalidade:	H 1624688

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

CONSUMO	167 A R\$ 0,760481 =	127,00
ILUMINACAO PÚBLICA		25,08

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDIDAS	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 8 A 167 - 0,617778		JAN/19	191
		FEV/19	255
		MAR/19	253
		ABR/19	343
		MAY/19	272
		JUN/19	229
		JUL/19	281
		AGO/19	337
		SET/19	335
		OUT/19	363
		NOV/19	358
		DEZ/19	330
Média 12 meses:	295	JAN/20	167

	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/02/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.		
Mes/Ano	Valor R\$	Mes/Ano	Valor R\$
12/2019	419,24	11/2019	307,87
LIGUE 00007019120 E FAÇA OFPAC VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26			

**RESERVADO AO FISCO** 8330.600B.8536.406C.19DB.8181.1E4A.2A6C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	64,00	Encargos:	3,91
Distribuição:	30,24	Tributos:	23,82
Transmissão:	0,00	Base de Cálculo:	
		ICMS:	17,0%
		PIS:	0,31%
		COFINS:	1,45%
			VALOR:
			21,59
			8,39
			1,84

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Límite	DIC		FIC		DMIC		DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	
6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	6,23		2,00		3,34		
Conjunto: CENTRO			Período de apuração: 11/2019		EUSD: 108,56		

ROT: 12.001.02.11.603050

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0126055-3	152,08
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
01/2020	26/02/2020
Nº da Nota Fiscal: 4517831	FCAM*

83630000001 2 52080075000 9 00000000126 3 05530120008 9



SEQ.: 0142 UC: 0126055-3 DT.LEIT.: 29/01/2020 T.ENTR.: 07  
LEITURA: 20989 NORMAL TOTAL: 152,08 CARGA: 015  
DT.VENC.: 26/02/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4011

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) 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 sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <b>NILDO INACIO TRAVISAN</b>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:	<b>NILDO INACIO TRAVISAN</b>		6 - CPF:	294514422-00
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:		10 - Complemento:
MOTORISTA	RUA TOPAZIO IMPERIAL, QUADRA 181-508	588		CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:		14 - CEP:
DANPA PINTADA	BON VISTA	RR		69.300-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 95 9915-0318			
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"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <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)				
<b>AGÊNCIA:</b> 0653 <b>013</b> <b>CONTA:</b> 00090656 9 <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>				
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) <b>Nome do BANCO:</b> _____ <b>AGÊNCIA:</b> _____ <b>CONTA:</b> _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>				
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.				

INVALIDEZ  
PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

## 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:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>				
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	<input type="checkbox"/> Viúvo	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, informar Vivos: Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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)

40 - Local e Data,

**Boa Vista/RR 28/02/2020**  
**Nildo Inacio Travisan**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) 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 - N° do título ou AS:	3 - CPF do titular:	4 - Nome completo da vítima:	5 - Nome completo:	
	244.514.422-00	MILTONACIO TEIXEIRA	E - Car:	244.514.422-00
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZ DA RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012				
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	15 - Tel.(DDC):
15 - E-mail:	16 - Representante Legal (Pais, Tutor e Curador) para Vítima/Beneficiário menor entre 0 a 15 anos ou incapaz com curador			

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins no direito, residir no endereço acima informado, conforme consta no anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- REUSO INFORMAR       R\$1.000,00 A R\$1.000,00  
 SEM PREVISÃO       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 (Salvo se para um banco diferente, assim que constar) CONTA CORRENTE (dá-la mesma)

- Bradesco (231)       Itaú (343)  
 Banco do Brasil (001)       Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00040656

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar só se aplicável)

(Informar só se aplicável)

(Informar só se aplicável)

(Informar só se aplicável)

Autorizo a Seguradora Lider a criar em minha conta bancária, a informação de minha titularidade, o valor de todas as ações/mobilizações de Seguro DPVAT que eu tiver direito, reconhecendo, desde já, o direito àquele que é credor, cultigá-lo tem o valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSPÍCIA DE AÚDIO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, em espírito de lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da Indemnização de Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), na forma da lei:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, sem invalidade permanente, com base na documentação médica da Seguradora Lider para a classificação existencial e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente da NC realizada por seu médico autorizado e disposta na Lei 6.194/74.

Diz-se que esta declaração não significa previsão da indenização com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a validade médica, caso dissidente da sua constatação.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Casado:  Solteiro:  Divorciado:  Separado/casamento:  Viúvo: 24 - Data da morte: \_\_\_\_\_ Óbito da vítima:

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

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar nome dos filhos:  Sim  Não 30 - Vítima:  Sim  Não 31 - Vítima:  Sim  Não 32 - Se tinha filhos, informar nome dos filhos:  Sim  Não 33 - Vítima deixou:  Sim  Não 34 - Vítima deixou:  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indemnização de Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se encontrem vivos e presentes, responsabilidade criminal por infração de artigo 290 da Código Penal.

35

35 - Nome legível de quem assina a pedida (a regra)

38 - 21 - Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

36

36 - CPF legível de quem assina a pedida (a regra)

37

37 - Assinatura de quem assina a pedida (a regra)

38 - Local e Data: Belo Horizonte / PR 28/02/202039 - 22 - Assinatura de vítima/beneficiário (declarante): José Luiz Teixeira40 - Assinatura de Procurador (se houver): 41 - Assinatura de Representante Legal (se houver): 42 - Assinatura de Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver): 44 - Assinatura do Advogado (se houver): 45 - Assinatura do Juiz (se houver): 46 - Assinatura do Ministério Público (se houver): 47 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 48 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver): 49 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 50 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 51 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 52 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 53 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 54 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 55 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 56 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 57 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 58 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 59 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 60 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 61 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 62 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 63 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 64 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 65 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 66 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 67 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 68 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 69 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 70 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 71 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 72 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 73 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 74 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 75 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 76 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 77 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 78 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 79 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 80 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 81 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 82 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 83 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 84 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 85 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 86 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 87 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 88 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 89 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 90 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 91 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 92 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 93 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 94 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 95 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 96 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 97 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 98 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 99 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 100 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 101 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 102 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 103 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 104 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 105 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 106 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 107 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 108 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 109 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 110 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 111 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 112 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 113 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 114 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 115 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 116 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 117 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 118 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 119 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 120 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 121 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 122 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 123 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 124 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 125 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 126 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 127 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 128 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 129 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 130 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 131 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 132 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 133 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 134 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 135 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 136 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 137 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 138 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 139 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 140 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 141 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 142 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 143 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 144 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 145 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 146 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 147 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 148 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 149 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 150 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 151 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 152 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 153 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 154 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 155 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 156 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 157 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 158 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 159 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 160 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 161 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 162 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 163 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 164 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 165 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 166 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 167 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 168 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 169 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 170 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 171 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 172 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 173 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 174 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 175 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 176 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 177 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 178 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 179 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 180 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 181 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 182 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 183 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 184 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 185 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 186 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 187 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 188 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 189 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 190 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 191 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 192 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 193 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 194 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 195 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 196 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 197 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 198 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 199 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 200 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): 

201 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver): &lt;u

## Mauricio Imparato

---

**De:** Mauricio Imparato  
**Enviado em:** segunda-feira, 18 de maio de 2020 14:10  
**Para:** 'dpvat@investseguradora.com.br'; 'laura.Muniz@investseguradora.com.br'; 'geraldo.castro@investseguradora.com.br'; 'valdir.junior@investseguradora.com.br'  
**Assunto:** SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA  
**Anexos:** Projeto movimentação remota - Investprev.xlsx

Prezados, boa tarde!

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independem de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

**“Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”**

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br), devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Abraços,

## Mauricio Imparato

Gerência de Sinistro – Coordenação Técnica

[mauricio.imparato@seguradoralider.com.br](mailto:mauricio.imparato@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4598

Cel. 55 21 98223-8789



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.  
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

580575

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008622/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/02/2020 09:58 Data/Hora Fim: 27/02/2020 10:09

Origem: Data: 27/02/2020

Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 22/09/2019 17:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Cauamé

Logradouro: ESTRADA DO BOM INTENTO

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: NILDO INACIO TREVISAN (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 28/12/1965 Idade: 54 anos  
Naturalidade: PR - Missal Profissão: Motorista Escolaridade: Ensino Fundamental Completo  
Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: ELZA ANA TREVISAN Nome do Pai: SABINO TREVISAN

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 294.514.422-00

RG - Carteira de Identidade: 77770

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA TOPAZIO IMPERIAL

Nº: QD 18 /LT 508

Complemento: CASA

Bairro: PEDRA PINTADA

CEP: 69.314-002

Telefone: (95) 99163-5783 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

QUE NA DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS ESTAVA CONDUZINDO SUA BICICLETA EM VIA PÚBLICA QUANDO UMA MOTO, VENDO EM ALTA VELOCIDADE, COLIDIU COM O MESMO CAUSANDO O ACIDENTE; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO GRANDE TRAUMA DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; QUE FRATUROU O FÉMUR; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DO SEGURO DPVAT. É O RELATO.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008622/2020

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000370

Responsável pelo Atendimento

NILDO INACIO TREVISAN  
(Vítima / Comunicante)

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





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

580576

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005734/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/02/2020 10:37 Data/Hora Fim: 07/02/2020 10:50  
Origem: Data: 07/02/2020  
Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 02/12/2019 11:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Nova Cidade  
Logradouro: RUA CAMPO GRANDE

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: LORENA TAINA DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 07/05/1989 Idade: 30 anos  
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Desempregado Escolaridade: Ensino Médio Completo  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: MARIA APARECIDA SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 003.639.152-22  
RG - Carteira de Identidade: 3327698

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: AV SOL NASCENTE Nº: 1489  
Complemento: CASA  
Bairro: BELA VISTA CEP: 69.316-132  
Telefone: (95) 99163-1465 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 003.639.152-22	Placa NUL1878
Renavam 01071862453	Número do Motor KC22E1G020051
Número do Chassi 9C2KC2210GR020051	Ano/Modelo Fabricação 2016/2015
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 160 TITAN EX
Modelo HONDA/CG 160 TITAN EX	Veículo Adulterado? Não



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005734/2020

Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 15/12/2015	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvidos
LORENA TAINA DA SILVA	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE NO DIA 02/12/2019, ESTAVA TRAFEGANDO EM SUA MOTOCICLETA PLACA NUL1878, PELA RUA CAMPO GRANDE, QUANDO UM CICLISTA ATRAVESSOU A RUA INESPERADAMENTE CAUSANDO O ACIDENTE; QUE FOI SOCORRIDA PELO RESGATE DOS BOMBEIROS E ENCAMINHADA AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; QUE FRATUROU O BRAÇO; QUE NÃO SABE INFORMAR OS DADOS DO AUTOR DO ACIDENTE; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA QUEM QUER QUE SEJA; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DO SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira Agente de Polícia Matrícula 42000370 Responsável pelo Atendimento	LORENA TAINA DA SILVA (Comunicante / Vítima)
AGENTE DE POLÍCIA CONFERIDOR	

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3 - CPF da vítima:** **003.639.152-22** **4 - Nome completo da vítima:** **LORENA TAIANA DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <b>LORENA TAIANA DA SILVA</b>	6 - CPF: <b>003.639.152-22</b>		
7 - Profissão: <b>AUTÔNOMA</b>	8 - Endereço: <b>AV. SOL NASCENTE</b>	9 - Número: <b>1489</b>	10 - Complemento: <b></b>
11 - Bairro: <b>BELA VISTA</b>	12 - Cidade: <b>BOA VISTA</b>	13 - Estado: <b>RR</b>	14 - CEP: <b>69.316-132</b>
15 - E-mail: <b>CONFIANCA.CST@HOTMAIL.COM</b>	16 - Tel.(DDD): <b>(65) 98118-5200</b>		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00        |

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

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

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

AGÊNCIA: **0653**

CONTA: **00030356**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa 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  Sim  Não teve filhos?  Sim  Não Vivos:  Falecidos: 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não residuo (seixalos)?  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não teve irmãos?  Sim  Não Vivos:  Falecidos: 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

**NÃO ALFABETIZADO**

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **BOA VISTA - RR 03 DE MARÇO DE 2020.**

**LORENA TAIANA DA SILVA**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200102434**

**Vítima: NILDO INACIO TREVISAN**

**Data do Acidente: 22/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RONALDO DE SOUZA COSTA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), NILDO INACIO TREVISAN**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com a data do acidente, o nome completo da vítima, os dados do veículo em que a vítima estava e o nome do proprietário, pois o entregue não possui todas as informações.
------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 18 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200102434**      **Vítima: NILDO INACIO TREVISAN**

**Data do Acidente: 22/09/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RONALDO DE SOUZA COSTA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), NILDO INACIO TREVISAN**

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 quadril 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: NILDO INACIO TREVISAN**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000653**

**Conta: 0000070656-9**

**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.

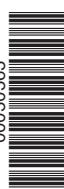
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Março de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200102434**      **Vítima: NILDO INACIO TREVISAN**

**Data do Acidente: 22/09/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RONALDO DE SOUZA COSTA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), NILDO INACIO TREVISAN**

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.**

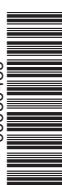
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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](http://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 Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200102434**

**Vítima: NILDO INACIO TREVISAN**

**Data do Acidente: 22/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RONALDO DE SOUZA COSTA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), NILDO INACIO TREVISAN**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue informa endereço diferente do comprovante de residência.
<b>Comprovante de residência</b>	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois foi entregue cópia simples.
<b>Declaração de Inexistência de IML</b>	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois os entregues estão incorretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081593/20

Número do Sinistro: 3200102434

Vítima: NILDO INACIO TREVISAN

Data do acidente: 22/09/2019

CPF: 294.514.422-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NILDO INACIO TREVISAN

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RONALDO DE SOUZA COSTA : 616.535.942-68

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

### NILDO INACIO TREVISAN : 294.514.422-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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: 06/03/2020  
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA  
CPF: 616.535.942-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/03/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

RONALDO DE SOUZA COSTA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081593/20

**Vítima:** NILDO INACIO TREVISAN

**CPF:** 294.514.422-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/09/2019

**Titular do CPF:** NILDO INACIO TREVISAN

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RONALDO DE SOUZA COSTA : 616.535.942-68

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

### NILDO INACIO TREVISAN : 294.514.422-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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: 05/03/2020  
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA  
CPF: 616.535.942-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

RONALDO DE SOUZA COSTA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081593/20

**Número do Sinistro:** 3200102434

**Vítima:** NILDO INACIO TREVISAN

**Data do acidente:** 22/09/2019

**CPF:** 294.514.422-00

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** NILDO INACIO TREVISAN

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## 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](http://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.



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

- Reclassificação
- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Az.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.

1901165000	22/09/2019 19:28:16	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 17	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	07	Prontuário
<b>NILDO INACIO TREVISAN</b>		28/12/1965	53 A 8 M 25 D	898002788344106	29451442200		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	77770	SSP/RR	20/07/2011	M	NAO	PARDA	NACIONAL - PR
Mãe					INFORMADO		
<b>ELZA ANA TREVIZAN</b>					SABINO TREVISAN		
Endereço							
<b>CAMPO - VICINAL 24 - 508 - CENTRO - SAO JOAO DA BALIZA - RR</b>							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal	

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
<b>ACIDENTE DE BICICLETA</b>	<b>URGÊNCIA</b>					
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol,			Registrado por:
<b>GRANDE TRAUMA</b>	<b>DEMANDA ESPONTÂNEA</b>					<b>ANA.KARLA</b>
Queixa Principal			<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/>	Suspeita de Dengue

Dos em MIE	GSC	TOTAL
Anamnese de Enfermagem	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_ : \_\_\_\_ h)

Paciente vítima de acidente de moto com triciclo, referindo dor em MIE e dor lombar.

Exame Físico  
BEB, ZOTE, AAF, impêcico, afibril. Curvatura de retenção e  
fissuração em MIE.

Hipótese Diagnóstica  
From abdominal pain etc.

<input type="checkbox"/> RAIOS-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		<i>b / Bandeira</i>			APRAZAMENTO	
<i>Dipirona 2g EV Temozolam 20 mg EV Tremal 100 mg EV + SF 0,9% 100ml</i>			<i>Dr JESUS A. JORDAN JUNIOR CRM SP 566</i>		OBSERVAÇÃO	

AVALIAÇÃO DE ORTOPEDIA

<b>Conduta</b>	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Ambulatório	<b>Certifico, sob a pena de perda de credibilidade, que a presente</b>
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)	<b>cópia é feita Reprodução Original,</b>	
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia	<input type="checkbox"/> Internação	<b>que foi apresentado neste momento.</b>	
<input type="checkbox"/> Transferência para: <u>Itapejuba</u>	Data e Hora da Saida/Alta:		

Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  IML Anatomia Patológica \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Assinatura do Paciente ou Responsável** **Carimbo e Assinatura do Médico**

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ana.karla  
Data/Hora: 22/09/2019 19:41:47

© 2019  
SOTTSCHI - Seminare am Technologie-  
park - Hochschule für Technik  
Vor. 4.2.2017 - S. 14-40

1994, 4(2), 389-397

ISSN 1062-1024/98-07-004-006  
¥360 4,225円+税

Bloc A 66

22/04/11

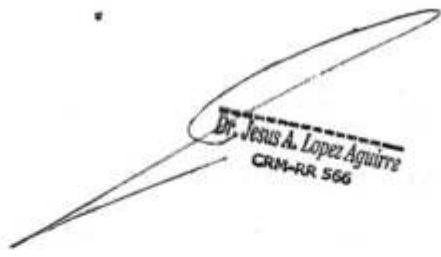
1) Distr. Zer.

2) Seals Belmico P.M.

3) Diploma de well

4) C.R.

5) No C.C.

  
Dr. Jesus A. Lopez Aguirre  
CRM-RR 566



Sistema  
Único de  
Saúde

Alta: 27109114

VUE  
TUE

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Ministério  
da  
Saúde

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

JCH  
Ita

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

BLOCO A

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

PLD: IRACO TIEVIRAN

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

175161

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

81980012781831414306

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/12/65

9 - SEXO

Masc

Fem  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Elza Ana Tieviran

11 - TELEFONE DE CONTAIDO

095 99116515783

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Vicinal 24 - 508 - Centro

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

Ribeirão Preto

15 - UF

SP

16 - CEP

175693450000

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São Joás da Serra

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Sob efeitos operacionais e limitações funcionais evitando

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Chimor

HOSPITAL RIBEIRÃO PRETO - SP  
Av. 1010, São Luís, S/N  
Novo Horizonte Tel (95) 2121-0620

## AUTENTICAÇÃO

27 FEB 2020

Certifico que é que a presente  
cópia é fidel Reprodução Original  
que foi apresentada neste Hospital.

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

PZ Sacci

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura colo n. Fémur C

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Thaem 61 quebra n.17

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

CINERZC UNICRISTAL

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Terei Alves Aguiar

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

27/08/19

Dr. JESUS A. VIEIRA

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

28 - DOCUMENTO

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

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

38 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

39 - CNPJ EMPREGADOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - AUTÔNOMO

45 - DESEMPREGADO

46 - APOSENTADO

47 - NÃO SEGURO

48 - NÃO SEGURO

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - 0308010019

51 - T068

52 - S720

53 - V199

54 - Até 15-9

55 - Acto ou opos ao 98

56 - Até 15-9

57 - Acto ou opos ao 98

58 - Até 15-9

59 - Acto ou opos ao 98

60 - Até 15-9

61 - Acto ou opos ao 98

62 - Até 15-9

63 - Acto ou opos ao 98

64 - Até 15-9

65 - Acto ou opos ao 98

66 - Até 15-9

67 - Acto ou opos ao 98

68 - Até 15-9

69 - Acto ou opos ao 98

70 - Até 15-9

71 - Acto ou opos ao 98

72 - Até 15-9

73 - Acto ou opos ao 98

74 - Até 15-9

75 - Acto ou opos ao 98

76 - Até 15-9

77 - Acto ou opos ao 98

78 - Até 15-9

79 - Acto ou opos ao 98

80 - Até 15-9

81 - Acto ou opos ao 98

82 - Até 15-9

83 - Acto ou opos ao 98

84 - Até 15-9

85 - Acto ou opos ao 98

86 - Até 15-9

87 - Acto ou opos ao 98

88 - Até 15-9

89 - Acto ou opos ao 98

90 - Até 15-9

91 - Acto ou opos ao 98

92 - Até 15-9

93 - Acto ou opos ao 98

94 - Até 15-9

95 - Acto ou opos ao 98

96 - Até 15-9

97 - Acto ou opos ao 98

98 - Até 15-9

99 - Acto ou opos ao 98

100 - Até 15-9

101 - Acto ou opos ao 98

102 - Até 15-9

103 - Acto ou opos ao 98

104 - Até 15-9

105 - Acto ou opos ao 98

106 - Até 15-9

107 - Acto ou opos ao 98

108 - Até 15-9

109 - Acto ou opos ao 98

110 - Até 15-9

111 - Acto ou opos ao 98

112 - Até 15-9

113 - Acto ou opos ao 98

114 - Até 15-9

115 - Acto ou opos ao 98

116 - Até 15-9

117 - Acto ou opos ao 98

118 - Até 15-9

119 - Acto ou opos ao 98

120 - Até 15-9

121 - Acto ou opos ao 98

122 - Até 15-9

123 - Acto ou opos ao 98

124 - Até 15-9

125 - Acto ou opos ao 98

126 - Até 15-9

127 - Acto ou opos ao 98

128 - Até 15-9

129 - Acto ou opos ao 98

130 - Até 15-9

131 - Acto ou opos ao 98

132 - Até 15-9

133 - Acto ou opos ao 98

134 - Até 15-9

135 - Acto ou opos ao 98

136 - Até 15-9

137 - Acto ou opos ao 98

138 - Até 15-9

139 - Acto ou opos ao 98

140 - Até 15-9

141 - Acto ou opos ao 98

142 - Até 15-9

143 - Acto ou opos ao 98

144 - Até 15-9

145 - Acto ou opos ao 98

146 - Até 15-9

147 - Acto ou opos ao 98

148 - Até 15-9

149 - Acto ou opos ao 98

150 - Até 15-9

151 - Acto ou opos ao 98

152 - Até 15-9

153 - Acto ou opos ao 98

154 - Até 15-9

155 - Acto ou opos ao 98

156 - Até 15-9

157 - Acto ou opos ao 98

158 - Até 15-9

159 - Acto ou opos ao 98

160 - Até 15-9

161 - Acto ou opos ao 98

162 - Até 15-9

163 - Acto ou opos ao 98

164 - Até 15-9

165 - Acto ou opos ao 98

166 - Até 15-9

167 - Acto ou opos ao 98

168 - Até 15-9

169 - Acto ou opos ao 98

170 - Até 15-9

171 - Acto ou opos ao 98

172 - Até 15-9

173 - Acto ou opos ao 98

174 - Até 15-9

175 - Acto ou opos ao 98

176 - Até 15-9

177 - Acto ou opos ao 98

178 - Até 15-9

179 - Acto ou opos ao 98

180 - Até 15-9

181 - Acto ou opos ao 98

182 - Até 15-9

183 - Acto ou opos ao 98

184 - Até 15-9

185 - Acto ou opos ao 98

186 - Até 15-9

187 - Acto ou opos ao 98

188 - Até 15-9

189 - Acto ou opos ao 98

190 - Até 15-9

191 - Acto ou opos ao 98

192 - Até 15-9

193 - Acto ou opos ao 98

194 - Até 15-9

195 - Acto ou opos ao 98

196 - Até 15-9

197 - Acto ou opos ao 98

198 - Até 15-9

199 - Acto ou opos ao 98

200 - Até 15-9

201 - Acto ou opos ao 98

202 - Até 15-9

203 - Acto ou opos ao 98

204 - Até 15-9

205 - Acto ou opos ao 98

206 - Até 15-9

207 - Acto ou opos ao 98

208 - Até 15-9

209 - Acto ou opos ao 98

210 - Até 15-9

211 - Acto ou opos ao 98

212 - Até 15-9

BOLETIM OPERATÓRIO

M. L. P. M. Incisão

a: 22/09/11 O.S. \_\_\_\_\_

GNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura colo de fêmur L

ICAÇÃO TERAPÉUTICA:

Fixação com placa e parafuso

O DE INTERVENÇÃO:

DICAÇÕES E ACIDENTES:

AGNÓSTICO OPERATÓRIO: O fêmur

URGIÃO: Dr. Jem

1º auxiliar: \_\_\_\_\_

AUXILIAR: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: Local

NESTESISTAS: \_\_\_\_\_

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

ÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Recurso n. leito
- Anestesia contínua, 1/10 pronta para
- Anestetico local e lidocaina
- Coloca d fraco fêmur 4x2
- no 1/10 pronta para
- Fecho 6.51.
- Curativo



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

DOPACIENTE Wlde Jesus 53 A APT OU LEITO Nº DO PRONTUÁRIO DATA  
22/09/19

TIPO CIRURGIA TEMPO DE DURAÇÃO  
reto Transinguilite E INICIO FIM TEMPO TOTAL  
23:17 23:28

RGIAO DR. Jesus ANESTESISTA: —  
ILIAR RES. ANESTESIA: —  
UXILAR INSTRUMENTADOR: —  
CIRCULANTE Jonathan + Elizângela

DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:		
ANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.	03	1	FRASCOS SORO FISIOLOGICO 0,900
1	PACOTES GAZE ES GAZE		1	FRASCOS SORO RINGER LACTADO 0,900
1	LUVA ESTERIL 7,0		1	FRASCOS SORO GLICOSADO
	LUVA ESTERIL 7,5		1	FIO VICRYL N°
	LUVA ESTERIL 8,0		1	FIO MONONYLON N°
	LUVA ESTERIL 8,5		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
	LÂMINA BISTURI N°		1	FIO CATGUT SIMPLES N°
	DRENO DE SUÇÃO N°		1	FIO CATGUT CROMADO N°
	DRENO DE TORAX N°		1	FIO PROLENE N°
	DRENO DE PENROSE N°		1	FIO SEDA N°
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSO P/ OS
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA N°
1	SERINGA 10ML		05	GEOFONDO DA DE 20cm
	SERINGA 20ML		12	FITA CARDIACA - 20cm
			10ML	OUTROS

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Erika Weruska</i> Enfermeira COREN 254-GRR	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL
FUNCIONARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA	SOMA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Av. Brtg. Eduardo Gomes, S/N

Nº 01 - Centro - RR - CEP 69010-000

ENVIE ESTE DOCUMENTO PARA A CONTABILIDADE

ESTERILIZAÇÃO

27 FEV 2020

Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é a Sua Reprodução Original  
que foi apresentada neste Hospital



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: <u>Ortopedia</u>	Procedimento Realizado: <u>Início Thromboflebitis</u>		
Nome do Paciente: <u>Nildo Júnior Trevizani</u>	Nº do Prontuário	Data <u>22/09/19</u>		
Bloco: <u>A</u>	Enfermaria:	Leito: <u>66</u>	Nº da Sala	Circulante de Sala: <u>02</u>

**CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:**

01 Pergaudor STRYKER

### Dados dos materiais/Serviço

MÉDICO CIRUJÃO: DJ

## 1º AUXILIAR:

~~Dr. Jesus Lopez Aguirre  
CRM-RR 566~~

#### **INSTRUMENTADOR:**

**1º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

2º OPME/CME

Foto 66

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR	
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN			
NILDO INACIO T NEVSC					
AGRAFOS	COLO DO PERNAS				
ALÉRGICAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA GRAL LAR	SN			SND
2	ACQUAMENTO PERIODICO				Mgnt
3	ISF 0,9% 500ML C/ZN				08 14 20
4	DIPIRONA 500MG EV 6ISH				(06) 51
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
6	TRAMAL 100MG + SE 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN			
7	NALBUPINA 10 MG + 100ML SE 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SN			
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h	SN			08 14 22
9	METOCLOPRAMIDA 10MG VO 1X/DIA	(SN)			
10	CLINDAMICINA 300MG VO 1X/12H	for perno			—
11	CIPROFLOXACINA 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	forje-1			—
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	(SN)			00:25
13	ISS 7% + TCGS 60%				Retina
14	CUTATIVO DIÁRIO				Custivo
Por blocos					
15					
16					
17					
18					

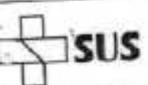
SE LIGÁTICO CORREÇÃO COM INSULINA REFLIXAR (ACG) CONFORME ESQUEMA:  
 250 U de U40 ou 300 U de U50 U/100ML SANGUE - 100 U/100ML SUCROSE = 70  
 DURANTE CRÍSE 800 U - 1 MIL U 40 MINUTOS ANTES DA CRÍSE

Evolução médica:  
 PACIENTE PERTENCE A FAMÍLIA, ATIVIDADES: CONTACTANTE  
 # EXERCÍCIO: BTR, ACIANÔMICO, PRATICÓ, ATLETISMO, HABITADO,  
 NORMOCALÓRICO, HABITADO.  
 # SODIUM: 130-140 mmol/L, MANEJO:  
 # PRESCRIÇÃO DE CRUZ: 112  
 # PREV: 1000 ml/dia

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre  
CRM-RR 566

SINAL VITAL	PA	FC	T
8	155/179	96	35°C
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24	J88/104	100	- 35,4°C

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



Sistema  
Único de  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE  
*H.G.R*

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

*Edo Inacio Cavalcante*

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) INDEPENDENTE

( ) DESPROTEGIDO

( ) DESEMPREGADO

( ) INAPTO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

6/8/19/19

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Paciente com fratura de fêmur*

Dr. Edson Soares  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PI 00000000000000000000

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CUSAS ASSOCIADAS

fratura do fêmur (E)

fracamento bruxo

histórico + exame físico + radiologia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

osteosíntese de fratura do fêmur (E)

26 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

28 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL MEDICO / ASSISTENTE

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

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

25/09/15

36 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - N° DO BILHETE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050489

5720

75.9

11199



BOLETIM OPERATÓRIO

Mildó Inácio Previsan

Data: 25/09/15

O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. Elder

1º auxiliar:

Dr. Rogério

2º AUXILIAR:

Dr. Lucas R.

INSTRUMENTADORA: Dr. Detrich, R.

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em 17-17-H S/ anestesia
  - ② Téssera e Antrescra
  - ③ Localizações de canais estreitos
  - ④ Mentes inter-lateral + duplas por planos longos e de trânsito de feos de fendas
  - ⑤ Reduções livres + fixações em 03 parafusos cerclados 7.0 com o auxílio de intensificador de imagens
  - ⑥ L.M.C
  - ⑦ Sutura por planos
  - ⑧ Curativos
  - ⑨ RPA
- 

Dr. Elder Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RJ 105748



M&amp;R ESTIMATIVA TACUBA

## FICHA DE ANESTESIA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

NILDO INACIO TREVISAN 53 anos.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº BV-RR

25/09/19

		14	15	16	17	15	30	45	15	30	45
AGENTES	N 20										
	02										
LÍQUIDOS VENOSOS	A M										
	V P										
	SAL										
DA X	SPZ	99%	99%	99%	99%	99%					
ULSO ●	X	245									
ANES X	38	220									
OP O	36	200									
TEMP	34	180									
ASPIR A	32	160									
RESP O	30	140									
Expir		120									
Assist		100									
Contro		80									
SÍMBOLOS		60									
		70									
		80									
		90									
		100									
		110									
		120									
		130									
		140									
		150									
		160									
		170									
		180									
		190									
		200									
		210									
		220									
		230									
		240									
		250									
		260									
		270									
		280									
		290									
		300									
		310									
		320									
		330									
		340									
		350									
		360									
		370									
		380									
		390									
		400									
		410									
		420									
		430									
		440									
		450									
		460									
		470									
		480									
		490									
		500									
		510									
		520									
		530									
		540									
		550									
		560									
		570									
		580									
		590									
		600									
		610									
		620									
		630									
		640									
		650									
		660									
		670									
		680									
		690									
		700									
		710									
		720									
		730									
		740									
		750									
		760									
		770									
		780									
		790									
		800									
		810									
		820									
		830									
		840									
		850									
		860									
		870									
		880									
		890									
		900									
		910									
		920									
		930									
		940									
		950									
		960									
		970									
		980									
		990									
		1000									
		1010									
		1020									
		1030									
		1040									
		1050									
		1060									
		1070									
		1080									
		1090									
		1100									
		1110									
		1120									
		1130									
		1140									
		1150									
		1160									
		1170									
		1180									
		1190									
		1200									
		1210									
		1220									
		1230									
		1240									
		1250									
		1260									
		1270									
		1280									
		1290									
		1300									
		1310									
		1320									
		1330									
		1340									
		1350									
		1360									
		1370									
		1380									
		1390									
		1400									
		1410									
		1420									
		1430									
		1440									
		1450									
		1460									
		1470									
		1480									
		1490									
		1500									
		1510									
		1520									
		1530									
		1540									
		1550									
		1560									
		1570									
		1580									
		1590									
		1600									
		1610									
		1620									
		1630									
		1640									
		1650									
		1660									
		1670									
		1680									
		1690									
		1700									
		1710									
		1720									
		1730									
		1740									
		1750									
		1760									
		1770									
		1780									
		1790									
		1800									
		1810									
		1820									
		1830									
		1840									
		1850									
		1860									
		1870									
		1880									
		1890									
		1900									
		1910									
		1920									
		1930									
		1940									
		1950			</						



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Nildo Inacio Trevisan	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA 25/09/19
CIRURGIA			
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO 15:53	FIM 16:47	TEMPO TOTAL
Osteosíntese de Fratura do Fêmur Esquerdo	EQUIPE MÉDICA		
CIRURGIÃO Dr. Golder	ANESTESISTA: Dr. Célio	RES. ANESTESIA: Dr. Carlos	
1º AUXILIAR Dr. Moreto + Odinach	INSTRUMENTADOR		
2º AUXILIAR	CIRCULANTE Pereira + Isac		
TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.	1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE		FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0		FRASCOS- SORO GLICOSADO
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5	1	FIO VICRYL Nº 2,0
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0		FIO MONONYLON Nº 3,0
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5		FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 20		FIO CATGUT SIMPLES Nº
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUCCÃO Nº		FIO CATGUT CROMADO Nº
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX Nº		FIO PROLENE Nº
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº	1	FIO SEDA Nº 6 grupo
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML	1	SURGICEL JUD Nº 14
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML	1	CERA P/ OSSO B. eletroxa 2000 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML	1	KIT CATARATA Nº
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML	1	GEOFOAM 6 seiva p/ degelo
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML	1	FITA CARDIACA
<input checked="" type="checkbox"/>	Gelatina	1	OUTROS: Povidone + óxido + 150ml atadura de eropom na bateria
1 cateter p/ 10J		1	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Mariane Bruno	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SUB- TOTAL	
		TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

## CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade:	Procedimento Realizado: <i>Ost de Fratura do fêmur Esquerdo</i>		
Nome do Paciente: <i>Nildo Inacio Trevisan</i>	Nº do Prontuário	Data <i>25/09/19</i>		
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala <i>04</i>	Circulante de Sala: <i>Karla + Isac</i>
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: <i>ca de eanelado</i>				

### Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima	(x)	Dados Adicionais:			
ITEM	DESCRÍÇÃO DO ITEM	UNID	QUANT	MARCA	
	Fio de Kichner 1,5	m			
	Fio de Kichner 2,0	r			
	Roxo, fuso esmaltado nº 80	vt			

MÉDICO CIRURGÃO: DR Elder 1º AUXILIAR: DR Moreira + Odewachy

INSTRUMENTADOR: Fagner

1º AUXILIAR: Die Mares + Odineach

**Instrumentación:** \_\_\_\_\_

MÉDICO CIRURGÃO: \_\_\_\_\_ 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

**INSTRUMENTADOR:**

1º VIA- PRONT

Data de Nasc: 28/12/65 Idade: 53 Setor/Leito:  
Termo de Consentimento Cirurgia:  Sim  Não  
Termo de Consentimento Anestesia:  Sim  Não

## SRPA

## DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta:

CST 1.0 F. fessura E

## Informações:

Jejum  Sim  NãoPrótese  Sim  NãoExames  Sim  NãoReserva UTI  Sim  Não(Lateraldade)  Sim  NãoPNE  Sim  NãoAlergia  Sim  NãoQual: NRG 3.0M H/AB

Reserva de Hemodeterivado:

 Sim  Não

Outros:

2. Chegou ao Centro Cirúrgico:

 Deambulando Consciente Com Suporte de O2 TOT Agitado

3. Sinais Vitais:

T 36 °CR 12 rpmFC 75 bpmPA 117/73 mmHgSAT 99 % Regular  Irregular

4. Anotações (Admissão do Paciente):

Pac. J. S.FC 75PA 117/73SAT 99%RR 12SpO2 94%Urticária 30 minDestino: SRPA

## INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala

Início da Anestesia

Início da Cirurgia

Término da Cirurgia

Término da Anestesia

Anestesia

Cirurgia

Localização

Horário

T

FC

PA

SPO2

TE

ALDRÉ-

DOR

0/10

14:50 15:00 15:53 16:41

Cirurgia Realizada

Anestesia

Posicionamento

Pausa

Antibioticoterapia

Hidratação Infundida

Hemodeterivados

SF 0,9%: 700 mL

Nome: Coletiva RondDose: 7g

SG 5%:

Hora: 16:00

Outros:

Outros:

N.º de Compressas oferecidas: 76N.º de Compresas recolhidas: 76

## Sinais Vitais

Entrada

Saída

Medição

CH

SG/Volume

Dreno/Qual

Hora

SVD/Aspecto

Dreno/Qual

Outros

Outros:

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

Paciente na UTI, dia 26/09/2022 94%.

Paciente alta dia 27/09/2022.

JOSÉ LUCIANO DA SILVA

## Termo de Consentimento Anestesia

( Sim  Não)

SRPA

ANEXO DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Anestesista \_\_\_\_\_

Sáida \_\_\_\_\_

Nome: Márcia Tavares  
é apresentável: injetávelPACIENTE: ONFIRMOU:  
Identificação:Sítio Cirúrgico  
Procedimento:Sínto: Sim ( ) Não  
Aplica: Sim ( ) NãoSítio Cirúrgico  
Procedimento:Sínto: Sim ( ) Não  
Aplica: Sim ( ) NãoSítio Cirúrgico  
Procedimento:Sínto: Sim ( ) Não  
Aplica: Sim ( ) NãoSítio Cirúrgico  
Procedimento:Sínto: Sim ( ) Não  
Aplica: Sim ( ) NãoSítio Cirúrgico  
Procedimento:Sínto: Sim ( ) Não  
Aplica: Sim ( ) NãoSítio Cirúrgico  
Procedimento:Sínto: Sim ( ) Não  
Aplica: Sim ( ) NãoSítio Cirúrgico  
Procedimento:Sínto: Sim ( ) Não  
Aplica: Sim ( ) NãoSítio Cirúrgico  
Procedimento:Sínto: Sim ( ) Não  
Aplica: Sim ( ) Não

ANTES DA INCISÃO

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ( ) Sim ( ) Não

CIRURGIO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

( ) Identificação do paciente  
( ) Sítio cirúrgico  
( ) Procedimento( ) REVISÃO DO CIRURGIO:  
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:  
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:  
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

( ) SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

( ) SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

( ) SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

( ) SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

( ) SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

( ) SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

Assinatura e Carimbo \_\_\_\_\_

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
( ) Sim ( ) Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
( ) Sim ( ) Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
( ) Sim ( ) Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
( ) Sim ( ) Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
( ) Sim ( ) Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
( ) Sim ( ) Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
( ) Sim ( ) Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
( ) Sim ( ) Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
( ) Sim ( ) Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
( ) Sim ( ) Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
( ) Sim ( ) Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
( ) Sim ( ) Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
( ) Sim ( ) Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
( ) Sim ( ) Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
( ) Sim ( ) Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
( ) Sim ( ) Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

Assinatura e Carimbo \_\_\_\_\_



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



Início Trauma - I Ferrosan

## PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DH	DN	
PACIENTE	Miguel Inacio Fransan		
AGNÓSTICO	Fratura do colo femur (2)		
ALERGIAS	HAS	NEGA	
IDADE	LEITO	DATA	
ITEM	PREScriÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		Manten.
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		10:30-16:00
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA		25 NT
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		SP
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		SN NT
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		22:00-07:00
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		Suspens
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SP
13	SSVV + CCGG 6/6 H		Rotina
14	CURATIVO DIÁRIO		Curativo
15	Refazelizm Ig Ev 08/08h		22-6-14
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;  $\geq 400$ : 10 UI E OU GLICOSE  $\leq 70$   
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Dr. Odinachi Okpuru  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM: 1851/PP

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			
24 H			

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06 120+80 76 36E

→ Administrado 3 medicamentos de horário CRM, exceto item 5 e 6, não foram disponibilizados (pela farmácia); verificada SSVV → Tec. Minne

A66 (corredor)



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



PACIENTE	NILDO INACIO TREVSON		DIH	DN
AGNÓSTICO	FX COLO FEMUR E			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	66	DATA	25/09/2019
ITEM	PREScriÇÃO		HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SV
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			MANHÃ
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN		12	DSV
5				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR I			DSV
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITE			06
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			50
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		NTF	05 24
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			12/23
12	CLEXANE 40MG SC 1X DIA			06
13				
14				
15				
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SV
17	SSVV + CCGG 6/6 H			MANHÃ
18	CURATIVO DIÁRIO			
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, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO :

# CONDUITA: MANTIDA  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :  
# PREVISÃO DE ALTA :

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	160x90	87	36%
18 H			
24 H			

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
CRM-RR 2028  
Residente de Ortopedia e Traumatologia

12h → Pct. no corredor (maca), refere algas este horário, medicado com item ④, item ⑩, não veio da farmácia, operado SSVV

Isabela Santos da Costa  
Técnica em Enfermagem  
COREN-RR 903805 TT

66 (corredor)



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	NILDO INACIO TREVAN		
AGNÓSTICO	FX COLO FEMUR E		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	66	DATA
ITEM	PREScrição		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		sd maçã
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN		26/16h 30h
5			
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT		25
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM		20 NT
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		16 24 08
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		12 18 24 08
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		26 10 06
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		
13			
14			
15			
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		206 20h socia curativo
17	SSVV + CCGG 6/6 H		
18	CURATIVO DIÁRIO		
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 :

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

Dextro  
18h  
150 mg de  
2vi ok

SINAIS VITAIS				Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR	
12 H	188x110	89	-	36C
18 H	120x110	80	-	36
24 H	168x84	79	-	

dr: 60ml.

32.00 fct + apresentar hipertensão, pectus stern 5b, regue evitado - tcc: 6ba

06h: Paciente no leito, queixa de dor ao 20h, adm item od cpm. Aplicou SSVV, regue ao 10h.  
Dra. Stefânia Ferreira Dittir

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

**HGR**  
Tratamento de Feridas –  
HGR

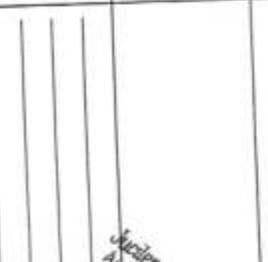
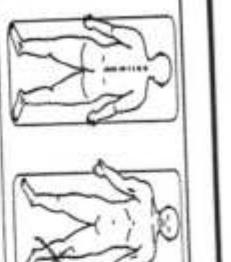
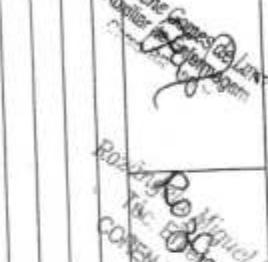
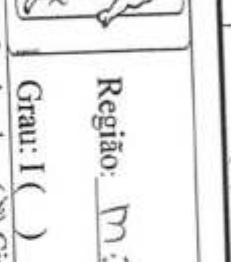
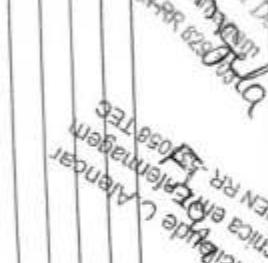
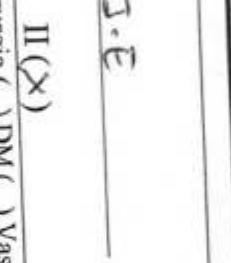
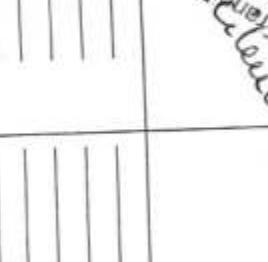
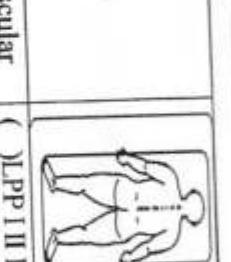
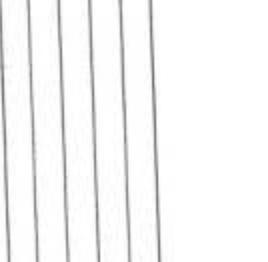
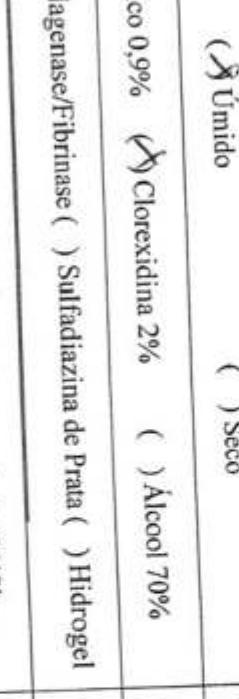
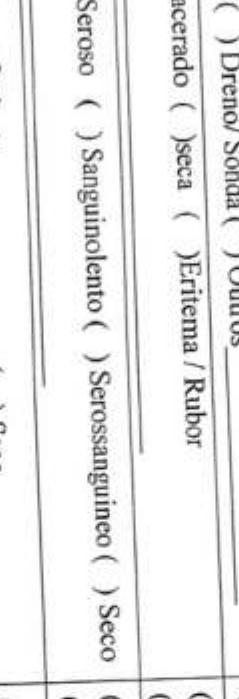
Núcleo de Enfermagem em  
Paciente: **Nilde Smaú**

Protocolo nº 1  
Leito: **66**

Versão:08  
Data: **26 / 09 / 19**

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

<b>Localização</b>		<b>Região:</b> <u>M.J.E</u>	<b>Grau:</b> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>		<b>Grau:</b> I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>
			( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : _____ Traqão _____ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____		
<b>Etiologia</b>			( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____		<b>Região:</b> _____
			( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____		
<b>Aparência do Leito</b>			( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____		<b>Grau:</b> I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>
			( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____		
<b>Pele Perilesional</b>			( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____		<b>Região:</b> _____
			( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____		
<b>Tipo de Exsudato</b>			( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco		<b>Grau:</b> I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>
			( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco		
<b>Quantidade de Exsudato</b>			( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%		<b>Região:</b> _____
			( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%		
<b>Solução de Limpeza</b>			(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____		<b>Grau:</b> I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>
			(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____		
<b>Cobertura primária</b>			( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h		<b>Região:</b> _____
			( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h		
<b>Troca</b>			( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h		<b>Grau:</b> I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>
			( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h		
<b>Profissional que realizou procedimento:</b>			 <b>Miguel Dantas</b>	 <b>Thiago Henrique RR</b>	<b>Região:</b> _____
			 <b>Thiago Henrique RR</b>		
<b>Observações:</b>	<p><i>Reservado para uso interno da Unimed - Carenagem</i></p>				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN
PACIENTE	NILDO INACIO TREVESAN			
AGNÓSTICO	FX COLO FEMUR E			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	66	DATA 27/09/2019
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 SN			
5				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT			
7	NALBÚFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			
12	CIPROFLOXACINO 400MG-EV OU 500MG VO 12/12H			
13	<i>Rever sem dia</i>			
14				
15				
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
17	SSVV + CCGG 6/6 H			
18	CURATIVO DIÁRIO -			
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:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

SINAIS VITAIS				Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

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

#ENCONTRO PACIENTE ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas –



Hospital Geral

de Ribeirão Preto

HGR

Protocolo nº 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018

Paciente:

Gilcio Sáncio

Leito:

66

Data: 27/09/2019

Localização	Região:	Região:
	Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )	Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )
	( ) LPP I II III IV ?* ( <input type="checkbox"/> ) Queimadura ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Cirurgia ( <input type="checkbox"/> ) DM ( <input type="checkbox"/> ) Vascular	( ) LPP I II III IV ?* ( <input type="checkbox"/> ) Queimadura ( <input type="checkbox"/> ) Cirurgia ( <input type="checkbox"/> ) DM ( <input type="checkbox"/> ) Vascular
Etiologia	( ) Trauma: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia ( ) Outro: _____	( ) Trauma: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia ( ) Outro: _____
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( <input type="checkbox"/> ) Esfacelo ( <input type="checkbox"/> ) Granulação ( <input type="checkbox"/> ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( <input type="checkbox"/> ) Dreno/ Sonda ( <input type="checkbox"/> ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( <input type="checkbox"/> ) Esfacelo ( <input type="checkbox"/> ) Granulação ( <input type="checkbox"/> ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( <input type="checkbox"/> ) Dreno/Sonda ( <input type="checkbox"/> ) Outros
Pele Perilesional	(→) Normal ( <input type="checkbox"/> ) Macerado ( <input type="checkbox"/> ) seca ( <input type="checkbox"/> ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	( ) Normal ( <input type="checkbox"/> ) Macerado ( <input type="checkbox"/> ) seca ( <input type="checkbox"/> ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( <input type="checkbox"/> ) Seroso ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sanguinolento ( <input type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( <input type="checkbox"/> ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( <input type="checkbox"/> ) Seroso ( <input type="checkbox"/> ) Sanguinolento ( <input type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( <input type="checkbox"/> ) Seco ( ) Outro: _____
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( <input type="checkbox"/> ) Úmido ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco	( ) Molhado ( <input type="checkbox"/> ) Úmido ( <input type="checkbox"/> ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( <input type="checkbox"/> ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( <input type="checkbox"/> ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( <input type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( <input type="checkbox"/> ) Sulfadiazina de Prata ( <input type="checkbox"/> ) Hidrogel ( ) Outro: _____	( ) Gaze ( <input type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( <input type="checkbox"/> ) Sulfadiazina de Prata ( <input type="checkbox"/> ) Hidrogel ( ) Outro: _____
Troca	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( <input type="checkbox"/> ) 48/48h	( ) 12/12 ( <input type="checkbox"/> ) Diário ( <input type="checkbox"/> ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Renata Silveira Araujo COPEN 415222-AC 	Adonilde Vitorino Araujo Técnico de Enfermagem COPEN 077957TE 
Observações:		



66

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

### RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE

Waldo Tadeu Freitas

53

ANOS,

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA

19/07/19

DIAGNÓSTICO DE

RX colo fratura

COM

NO DIA

25/07/19

FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

OPERADO PELO DR.

Waldemar

E DR.

SENDO

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA

27/07/19

AS

16:00

FIM

ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EM ENCAMINHAMENTO PARA OAMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA

14/08/19

AS

DR.

### ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Pedro  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
Centro de Saúde

BOA VISTA

D.P.A.B

MÉDICO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081593/20

**Vítima:** NILDO INACIO TREVISAN

**CPF:** 294.514.422-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/09/2019

**Titular do CPF:** NILDO INACIO TREVISAN

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RONALDO DE SOUZA COSTA : 616.535.942-68

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

### NILDO INACIO TREVISAN : 294.514.422-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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: 05/03/2020  
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA  
CPF: 616.535.942-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

RONALDO DE SOUZA COSTA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081593/20

Número do Sinistro: 3200102434

Vítima: NILDO INACIO TREVISAN

Data do acidente: 22/09/2019

CPF: 294.514.422-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NILDO INACIO TREVISAN

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RONALDO DE SOUZA COSTA : 616.535.942-68

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

### NILDO INACIO TREVISAN : 294.514.422-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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: 06/03/2020  
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA  
CPF: 616.535.942-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/03/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

RONALDO DE SOUZA COSTA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081593/20

**Número do Sinistro:** 3200102434

**Vítima:** NILDO INACIO TREVISAN

**Data do acidente:** 22/09/2019

**CPF:** 294.514.422-00

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** NILDO INACIO TREVISAN

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## 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](http://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.