

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 INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, 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.



Nildo Inacio Trevisan

NILDO INACIO TREVISAN



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 a 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 do próprio bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT



Boa Vista-RR, 10 DE DEZEMBRO de 2019.

LORENA TAIANA DA SILVA

LORENA TAIANA DA SILVA



Sabino
Selo Autorizado
Cartório Loureiro

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081593/20

Vítima: NILDO INACIO TREVISAN

CPF: 294.514.422-00

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 22/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NILDO INACIO TREVISAN

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 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

RONALDO DE SOUZA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081485/20

Vítima: LORENA TAINA DA SILVA

CPF: 003.639.152-22

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 02/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LORENA TAINA DA SILVA

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 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
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



Carteira de Identidade

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

164075

14/05/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

DATA DE NASCIMENTO

23/10/1977

RONALDO DE SOUZA COSTA

ANTÔNIO ESPINOZA DA COSTA
CELILIA CAMPOS DA COSTA
NACIONALIDADE
AUTAZES - AM

CERTID. NASC 273 RLS 137 LIV 3-A
1º OF AUTAZES-AM

616.535.942-68

2ª VIA

ANABEU ROCHA TRIANI

LEI Nº 7.118 DE 29/05/83

P1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 


RESUMO Nº 00 1116 12

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
DEPM 524555-9 30/01/2017

NOME
TELVIA SANTIAGO GUEDES

RENTE
EDMILSON JOSÉ SANTIAGO
Terezinha SILVA SANTIAGO
NATURALIDADE
SANTARÉM - PA 18/11/1970

DOC. ORDEM
CERTD CAS 353 FLS 153 LIV B 02
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM
CPF
739.248.066-91 AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Diretor do IODC

1 VIA P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



Nildo Inacio Trevisan
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 77770 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/06/2019

NOME
NILDO INACIO TREVISAN

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

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Ponto Facilitador do Polício Civil
Diretor de ROR

DATA DE NASCIMENTO
28/12/1965

P1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

LORENA TEIXEIRA DA SILVA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1831222957

05470163945 11/10/2021 19/04/2012

1831222957

PROVIDO PLASTIFICAR

RORAIMA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

13/03/2012

51404650744

20210063972

DFACAL AP AM BACES GO



1901193541

02/12/2019 12:54:55

FICHA DE ATENDIMENTO

TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

22

Paciente

LORENA TAINA DA SILVA

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Data Nascimento

Idade

CNS

CPF

Prontuário

IDENTIDADE

3327698

SSP/RR

Sexo

F

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

00363915222

00168413

Mãe

MARIA APARECIDA SILVA

Endereço

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

Pai

IGNORADO

Cópiado

(95) 99116-2467

Ocupação

NÃO INFORMADA

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Sector

GRANDE TRAUMA

URGÊNCIA

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

TOTAL

27

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

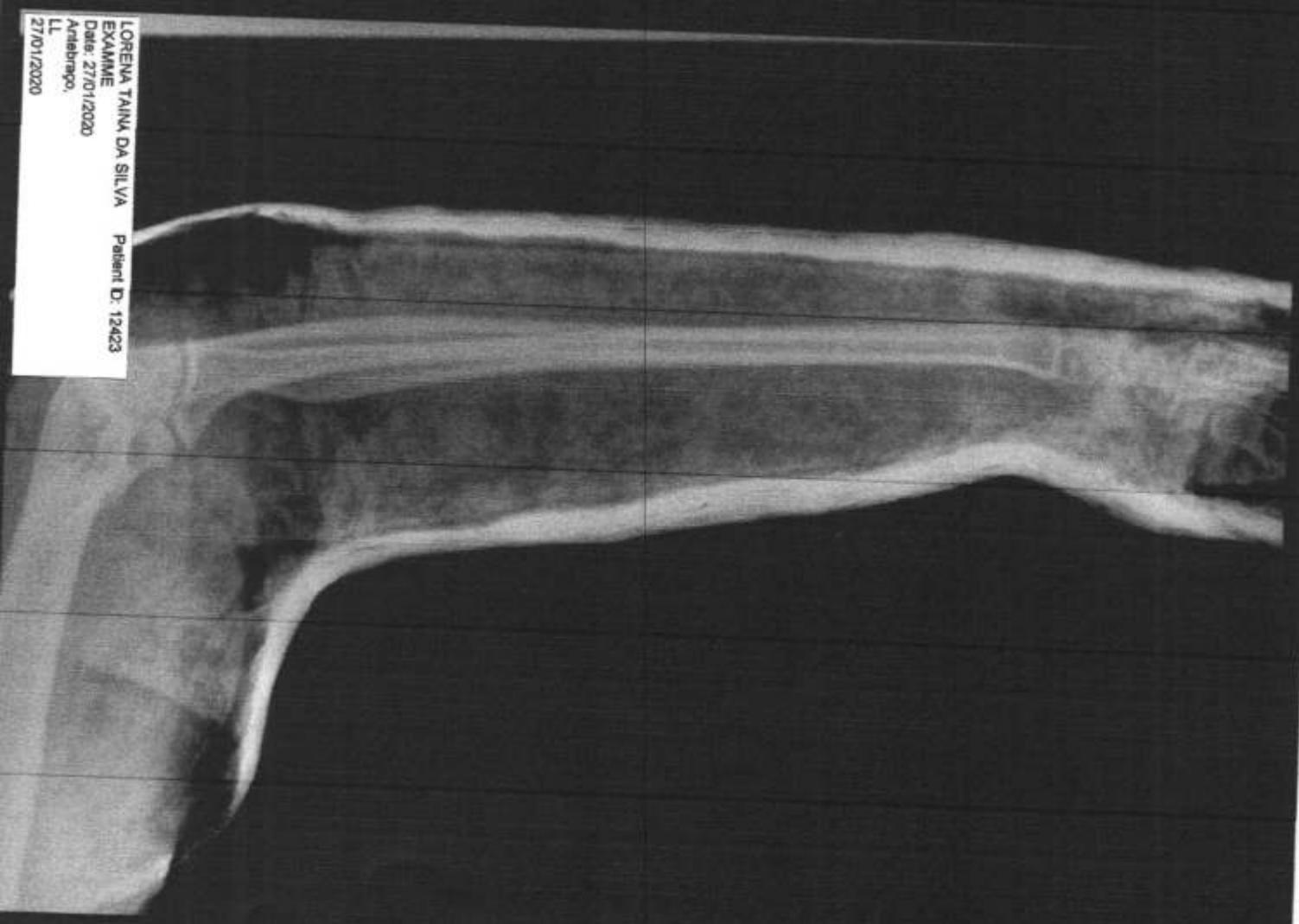
Impresso por: antonia.soares



1901193541



LORENA TAINA DA SILVA Patient ID: 12423
EXAMINE
Date: 27/01/2020
Antebraco,
AP
27/01/2020



LORENA TAINA DA SILVA Patient ID: 12423
EXAMINE
Date: 27/01/2020
Antebraco,
LL
27/01/2020

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu RONALDO DA SILVA COSTA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 61.653.594/168 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALDO INÍCIO TREVISAN inscrito (a) no CPF sob o Nº 294514422/100

do sinistro de DPVAT cobertura INURAR/D32 da Vítima ALDO INÍCIO 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA MARIA RODRIGUES DOS SANTOS</u>		Número: <u>996</u>	Complemento: <u>6501010</u>
Bairro: <u>ASA BRANCA</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>69312-285</u>
E-mail: <u>ronaldo.costa2010@bol.com.br</u>			Tel.(DDD): <u>95991150318</u>

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



Assinatura do Declarante

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 991 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.023-3)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime Especial de Impostos autorizada pela SEFAZ RR/13

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 FCM*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2020	11/03/2020	1316	1.030,69

ROSIANE MARIA OLIVEIRA GOMES
R. MARIA RODRIGUES SANTOS 996 - ASA BRANCA
CEP: 69.312-285 - BOA VISTA
CPF: 00057064261200

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 99952	Atual: 21-02-2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.3
Anterior: 97636	Anterior: 24-01-2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 28	Próxima leitura: 21-03-2020	Ligação: TRIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 20-02-2020	Número Medidor: 12LDT80308
Consumo medido: 1316	Apresentação: 21-02-2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 1316		Modalidade: N 1522689

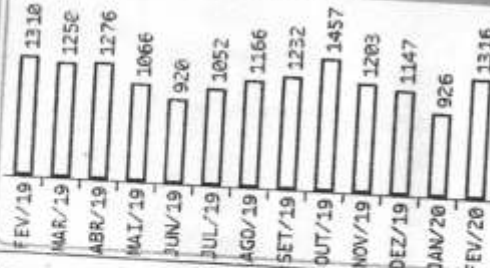
CONSUMO
ILUMINACAO PUBLICA
1316 A R\$ 0,765725 = 1.007,69
23,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 1316 - 2,617770

Média 12 meses: 1.147

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



LOQUE IMPORTANTE: F FACH (SPAO) VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 20 de 2020, não constavam faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO 4032.C942.3889.F7AD.3797.86DD.A289.BB7B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	543,97	Encargos:	30,01
Contribuição:	238,22	Tributos:	194,69
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
1.007,69	ICMS: 17,00%	171,30
	PIS: 0,41%	4,13
	COFINS: 1,91%	19,26

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DCE			FIC			DMC	DCEM
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Límite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Realizado	0,07			1,00			0,07	
Conjunto	LORESTA							
						Período de apuração: 12/2019		EUSD:345,70

ROT: 5.001.12.07.733400

SEU CÓDIGO

0023601-2

TOTAL A PAGAR - R\$

1.030,69

MÊS FATURADO

02/2020

VENCIMENTO

11/03/2020

Nº da Nota Fiscal: 4678095

FCAM*

83600000010 6 30690075000 2 000000000023 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 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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu TELUIA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 / 91, 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>
E-mail: <u>CONFIANCACST@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.301-050</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98338-3200</u>

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

Luísa A. Guedes
Assinatura do Declarante

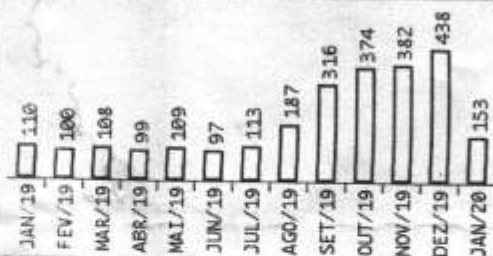
DADOS DA LEITURA (KW/h)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	427	Atual:	10-01-2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	424	Anterior:	08-12-2019	Classe/Subclasse:	REGIDORIAL
Dias de consumo:	31	Próxima leitura:	10-02-2020	Ligação:	SIMPSON
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	09-01-2020	Número Medidor:	T01621512
Consumo medido:	159	Aprovação:	10-01-2020	Forma de Faturamento:	Normal
Consumo Faturado:	15,3			Modelo de:	P 1612897

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

OUTRAS INDICAÇÕES:

7-2174 SED: 1215006:
W: 153 - 0.617220

HISTORICAL REVIEW



Médula 12 mes-04a 728



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LINE 02007919100 E FACA CPOAO VENCIMENTO 1 6 11 16 24 25
resolvendo-se o dia 03/01/2020, não constando faturas vencidas
nessa data Consuadora.

RESERVADO AO FISCO

1939 1901 1101 2370 5000 1537 2380 1100

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Energia:	14, 25	2, 50
Encargos:	19, 70	23, 60
Transmissão:	11, 90	

Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR	ICMS
ICMS:	0.31%		8.36
PIS:	1.45%		1.25
COFINS:			

INDICADORES DE CONTINUIDADE

[illegible]



CNPJ: 05.518.457/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.956.429-3
RUA MELVIN JONES, 318 - SÃO PEDRO - CEP. 08.306-418

CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 1165704

Dezembro/2019

Dados do Cliente:

LORENA TAJNA DA SILVA

Endereço para entrega:

AV SOL NASCENTE, NUM. 01489 - BELA VISTA
BOA VISTA RR 69316-132

Inscrição

001.025.223.0138.000

Rota

7

Sq. Rota

3765

Quantidade de Economias

RESIDENCIAL

Hidrometro

NÃO MEDIDO

Data de Instalação

Situação Água

LIGADO

Situação Esgoto

LIGADO

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m³)

10

NUM DE DIAS

0

LEITURA FAT.

LEITURA INF.

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

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

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações dos Análises Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5446 / 2005 G.M.

ANÁLISE	CLORO	TURBID. (NTU)	COR	C. TOTAL	E. COL. (Nº)
EXIGIDO	100	100	100	100	100
REALIZADO	202	202	202	202	202
CONFORMES	202	202	202	202	202

DESCRICAÇÃO

CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M³

23,83

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE ÁGUA

19,06

VEICIMENTO:

15/01/2020

TOTAL A PAGAR

42,89



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

826300000000- 5 42890004001- 8 00116570401- 4 12201930003- 9



IMPRESSO EM: 06-10-2019 07:49:20

Via do Cliente

Via do CAER

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

Nº da Nota Fiscal 4517831

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

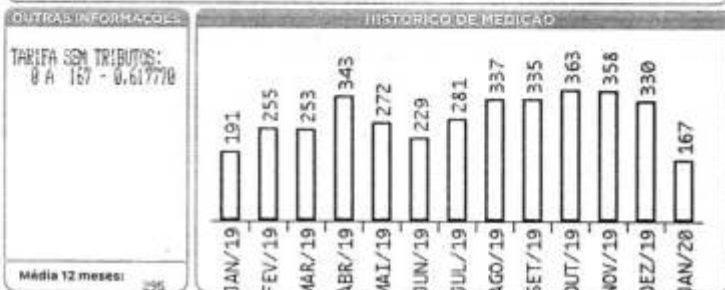
CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	26/02/2020	167	152,08

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: 20989	Atual: 29-01-2020	Grupo/Subgrupo: 1-1-1,2
Anterior: 20472	Anterior: 28-12-2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 31	Próxima leitura: 02-02-2020	Ligação: BIFASICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 29-01-2020	Número Medidor: 14TB000002
Consumo medido: 167	Apresentação: 29-01-2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 167		Modalidade: N 1624688

DESCRIÇÃO DA CONTA	CONSUMO	167 A R\$ 0,760481 =	127,00
ILUMINACAO PUBLICA			25,08



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

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 387,87

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 8330.600B.B536.406C.190B.8181.1E4A.2A6C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 64,00	Encargos: 3,91	Base de Cálculo: 129,00	ALÍQUOTA VALOR
Distribuição: 30,74	Tributos: 23,02	ICMS: 17,00%	21,59
Transmissão: 3,00		PIS: 0,31%	0,39
		COFINS: 1,45%	1,84

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	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

83630000001 2 52080075000 9 00000000126 3 05530120008 9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

294514422-00 294514422-00 NILDO INACIO TRAVISAN

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 294514422-00

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

MOTORISTA RUA TORAZIO IMPERIAL, QUADRA 181-508 508 CASA

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

DECEA Pintada Boa Vista PR 69.300-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

romalvo.costa2016@tel.com.br 95 9915-2318

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0653 03 CONTA: 00070656 9

(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) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

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

37 - Local e Data, 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome:

Boa Vista/PR 28/02/2020

40 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou(s):

3 - CPF do Vítima:

294.514.422-00

4 - Nome completo da vítima:

MILTONACIO TRAVISA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 403/2012

5 - Nome completo:

MILTONACIO TRAVISA

7 - Profissão:

Motorista

8 - Endereço:

RUA TADAZIO IMPERIAL, 181 - 508 508

6 - CPF:

294.514.422-00

9 - Número:

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

Parque D. Pimenta

12 - Cidade:

Brasília

15 - E-mail:

ramon@contas2006.com.br

13 - Estado:

DF

14 - CEP:

71.300-000

15 - Tel.(DDD):

95.941.13.0318

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 mencionado no anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SLR RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os recursos do Seguro DPVAT)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (toda natureza)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0653

013

CONTA:

00040656

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar código de agência)

(Informar código de agência)

(Informar código de agência)

(Informar código de agência)

Autorizo a Seguradora Líder a consultar a conta bancária informada, de minha titularidade, a fim de verificar a existência de débitos em relação ao Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo a dívida, desde que o pagamento não seja realizado por crédito, qualquer que seja o valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.197/74), em virtude de:

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

Solicito o prosseguimento de 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, considerando, desde 12 (doze) meses, a análise médica presencial, caso necessário, às custas do Segurado/Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 6.259/74.

Declaro que esta autorização não significa prova e recordação de com a futura avaliação médica ou renúncia do direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da mesma.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

24 - Data da morte da vítima:

25 - Sexo da vítima: ☐ Masculino ☐ Feminino

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar nome completo:

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem herdeiros? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se encontre com a presente responsabilidade criminal por infração do artigo 230 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a petição (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina a petição (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a petição (a rgo):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data: Brasília/DF 28/02/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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';
'geraldcastro@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 independeram 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, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Abraços,

Mauricio Imparato

Gerência de Sinistro – Coordenação Técnica
mauricio.imparato@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4598
Cel. 55 21 98223-8789



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](#)

Escolha (a) (s) tipo(s) da cobertura:

☐ DANOS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sistema CASL:

3 - CPF da vítima:

003.639.152-22

4 - Nome completo da vítima:

LORENA TAIANA DA SILVA

RECORDAR DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DATA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (ENTRADA EM REGISTRO DE EMPREGO OU CONTRATO DE TRABALHO - CIRCULAR SUPLEN Nº 408/2012)

5 - Nome completo:

LORENA TAIANA DA SILVA

7 - Profissão:

AUTÔNOMA

8 - Endereço:

AV. SOI NASCENTE

11 - Bairro:

BOA VISTA

12 - Cidade:

BOA VISTA

15 - E-mail:

CONFIANCASTONETMAIL.COM

6 - CPF:

003.639.152-22

9 - Número:

1489

10 - Complemento:

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

03-316-132

15 - Tel. (DDD):

(45) 9818-3200

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CATEGORIA:

☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00
☐ SEM RENDA

☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00
☐ R\$ 2.501,00 A R\$ 5.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

☒ CONTA POLIPARCA (prestada para os bancos abaixo. Anexar cópia legalizada)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Bradesco Unibanco (082)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0653

CONTA:

00030356

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do Banco:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar no banco bancário informado, de minha titularidade, o valor da indenização/prestação do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sem reservas, a validade da decisão, quitando total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRESENCIA DE LAUDO MÉDICO PARA CONSTATAR OQ INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IML que atenda a região de ocorrência ou da minha residência;
- O IML que atende a região de ocorrência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região de ocorrência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

Solicito a apresentação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, com base na documentação anexa apresentada para a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, que não apresentarei a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da ocorrência de trânsito culposo por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não implica em reconhecimento da futura invalidez médica ou renúncia ao direito de constituir a ação judicial, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE USUÁRIO BENEFICIÁRIO - PESSOA FÍSICA QUE NÃO SEJA O TITULAR DO SEGURO DPVAT PARA CONSTATAR A MORTE

☐ Não é usuário beneficiário ☐ É usuário beneficiário ☐ Não é usuário beneficiário ☐ É usuário beneficiário

25 - Nome do usuário beneficiário:

26 - Vínculo de parentesco (a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixar o beneficiário, informar o nome completo:

28 - Vínculo:

☐ Sim ☐ Não

29 - Se a vítima deixar o beneficiário, informar o nome completo:

30 - Vínculo:

☐ Sim ☐ Não

31 - Vínculo:

☐ Sim ☐ Não

32 - Se a vítima deixar o beneficiário, informar o nome completo:

☐ Sim ☐ Não

33 - Vínculo de parentesco (a):

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte de qualquer beneficiário que se apresentar e provar a responsabilidade criminal por trânsito de veículo automotor, conforme o disposto no artigo 289 do Código Penal.

34 - Assinatura do usuário beneficiário:

35 - Nome legal de quem assina a pedido (a cargo):

36 - CPF legal de quem assina a pedido (a cargo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a cargo):

38 - 2ª / Nome:

CPF:

Assinatura do usuário beneficiário

39 - 2ª / Nome:

CPF:

Assinatura do usuário beneficiário

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):



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

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, VINDO 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 FÊMUR; 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-Denúnciação 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

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
<u>Motivação</u>	
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			
<u>Documento(s)</u>			
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 003.639.152-22			
RG - Carteira de Identidade: 3327698			
<u>Endereço</u>			
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	Envolvimentos
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)



"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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00030356 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

Boletim de ocorrência	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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

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:

Autorização de pagamento	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.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois foi entregue cópia simples.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
Documentação médico-hospitalar	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

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 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

RONALDO DE SOUZA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081593/20

Vítima: NILDO INACIO TREVISAN

CPF: 294.514.422-00

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 22/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NILDO INACIO TREVISAN

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 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

RONALDO DE SOUZA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 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

1ª Classificação
Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

1901165000 22/09/2019 19:28:16 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 17

Paciente: NILDO INACIO TREVISAN Data Nascimento: 28/12/1965 Idade: 53 A 8 M 25 D CNS: 898002788344106 CPF: 29451442200 Prontuário: 29451442200
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: 20/07/2011 Sexo: M Estado Civil: NAO Raça/Cor: PARDA Naturalidade: MISSAL - PR Nacionalidade: BRASILEIRA
Mão: ELZA ANA TREVISAN Contato: (95) 99163-5783
Endereço: CAMPO - VICINAL 24 - 508 - CENTRO - SAO JOAO DA BALIZA - RR Ocupação: AGRICULTOR

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE BICICLETA Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão: Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Registrado por: ANA.KARLA

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

Don em MIE

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) Paciente vítima de acidente de moto com bicicleta, referindo dor em MIE após a colisão.

Exame Físico: BEG, LOTE, AAP, supnecro, albul. Ausência de ruídos e sibilos em MIE.

Hipótese Diagnóstica: Fratura do 1° e 2° dedos da mão esquerda

SADT - Exames Complementares: ☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO: Dipirona 2g EV h / h 12h
Ternoxon 20mg EV
Ternoxon 100mg EV + SF 0,9% 100ml

APRAZAMENTO: OBSERVAÇÃO: AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: Ortopedia ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: 27 FEV 2020

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico: Tamara Kenerys Médica CRM-RR 1443

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



Blow A 66

22/04/14

1) Data zero

2) Seale Reliance pa

3) Diprone re v-ell

4) CSR

5) PO CC

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

UUE
Tal

Alta: 27109119

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: *UEN*

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: *UEN*

2 - CNES:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4 - CNES:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BLOCO A

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: *MILDO IKAU TIKUISHA*

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: *175161*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): *8980027883441016*

8 - DATA DE NASCIMENTO: *28/12/65*

9 - SEXO: ☒ Masc ☐ Fem *3*

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: *Elza Ana Truira*

11 - TELEFONE DE CONTATO: *915991683783*

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): *Vicinal 24 - 508 - Centro*

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: *São João da Boa Vista*

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: *3506903*

15 - UF: *SP*

16 - CEP: *13000*

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: *Sob o acidente, queixa de e limitação funcional súbita e*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: *Cinmora*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): *P. Saci*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: *Fração com n. Frenco*

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *Tratamento de fratura*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA: *Cinmora*

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: *Unicoma*

28 - DOCUMENTO: *() CNS (x) CPF*

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: *51159153167715*

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: *Tem A Lopez Aguiar*

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: *27/09/19*

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): *Dr. Jesus A. Lopes Aguiar*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CHAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: *27/09/19*

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): *5720 T068 V199*

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: *0308010019*

ate 75.9 At. - 040905 0098

a: 22,0511

O.S.

MILWAUKEE THOUGHT

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

DE INTERVENÇÃO:

DICAÇÕES E ACIDENTES:

AGNÓSTICO OPERATÓRIO:

RURGIÃO:

1º aUXILIAR:

AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

AUXILIAR:

ANESTHESIA:

NESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

Inicio:

FIM:

DURAÇÃO:

— Recente no leito
 — Menor atividade, 1/3 por hora por
 — Presente bem e lidocain
 — Coloca d. 1/3 por hora 400
 — no 1/3 por hora 750
 — 1/3 6.51
 — Curar

NOVA FLORIDA - 2001 DE MEMÓRIA
AS 010, BOUTIQUE GOTTES, 1/11
Nova Florida - Tel (93) 2521-0620
AUTENTICIDADE

AUTENTICAÇÃO

27 FEB 2020

Certifico e Douço que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
do(a) presente no este Hospital

Dr. ~~Carlos A. Lopez Aguirre~~
CRM-RR 565



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

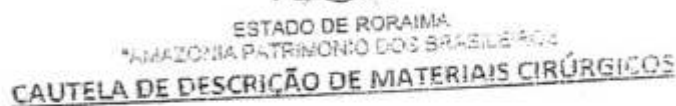
NOME DO PACIENTE		530	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Mário José					22/09/19
CIRURGIA			TEMPO DE DURAÇÃO		
TIPO			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Cirurgia Transuretral			23:17	23:28	
EQUIPE MÉDICA					
ANESTESISTA:					
RES. ANESTESIA:					
INSTRUMENTADOR					
CIRCULANTE			Jamilson + Elyângela		
TEMPO DE DURAÇÃO:					
DE ANESTESIA:			bocal		
QNT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.	03	1	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURI N°			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSE	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA N°	
1	SERINGA 10ML		05	GEL	
	SERINGA 20ML		12	FITA CARDIACA	
			10 ML	OUTROS	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Enfermeira	SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		
		Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N		
		Nova Esperança, 2105-2110-2111		
		ENVIAR À CONTABILIDADE		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nova Esperança, 2105-2110-2111

27 FEV 2020

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



CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

01 Perimeter STRYKER

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Jairo

12 AUXILIAR:

Dr. Jesús A. López Aguirre
CRM-RR 566

INSTRUMENTADOR:

1ª VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
2ª OPME/CME

Hospital Gersi da Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Adolpho
CPR 69.240-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (06) 35.2121-2237
E-mail: info@hgr.com.br

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

H.G.R.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Odo Tracis Cavassan

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

DDD

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura de Cb de femur

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

Dr. Alder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 133178

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

Histórico + Exame físico + Radiológico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fratura de Cb de femur (E)

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossíntese de fratura de Cb de femur (E)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0408050489

5720

709

11199



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 25.09.15

O.S. _____

Mildo Inacio Previsan

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em 17.17.H Sh anelada
- ② Kerpria e Antropria
- ③ lobocacos de tempos estereis
- ④ Inuras intero-lateral + duplas por
planos longos e triangulares de
fios de sutura
- ⑤ Reducao livrete + fixacao com 03 pinos
canulados 7.0 com o auxilio de
interferador de imagens
- ⑥ L. H-C
- ⑦ Sutura por planos
- ⑧ Curativos
- ⑨ RPA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12551/RJ



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

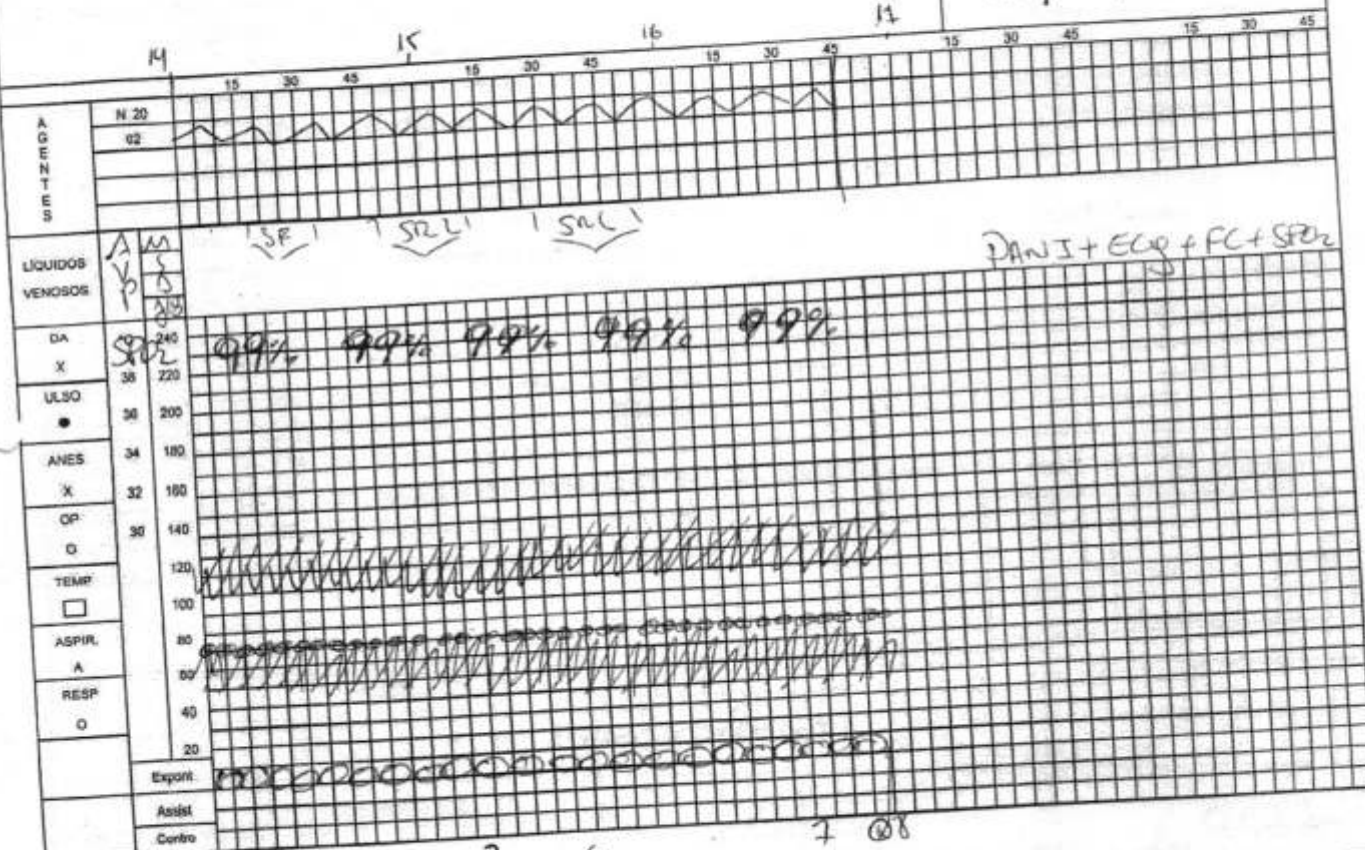
NILDO INACIO TREVISAN

53 anos.

Nº BV-RR

25/09/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO



SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A. Propofol 0.5% 20g		3. R. Propofol 0.5% 20g
B. Fentanyl		4. R. Fentanyl 0.5% 20g
C. Midazolam		5. R. Midazolam 0.5% 20g
D.		6. R. Midazolam 0.5% 20g
E.		7. R. Midazolam 0.5% 20g
F.		8. R. Midazolam 0.5% 20g
G.		9. R. Midazolam 0.5% 20g
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea Sim
NDCD		Naso / Oro Faríngea - Cega
SANGUE		Bal - Temp - Calibre do Tubo
SR		Sob Máscara
SR2		Dificuldade Técnica
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA
OPERAÇÃO		02:45

ANOTAÇÕES

- X Montagem + check list
- 1. Opente de A sob CN 20mm
- 2. Sedação leve:
 - Fentanyl 5mg
 - Midazolam 2mg
- 3. R. Propofol 0.5% 20g
- 4. R. Fentanyl 0.5% 20g
- 5. R. Midazolam 0.5% 20g
- 6. R. Midazolam 0.5% 20g

Larango - Espasmo - Excesso Seco
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia
Braditardia - Choque

PERDA SANGÜINEA

ANESTESIA

CÓDIGO

CIRURGIÃO

- Dr. Célio

Dr. Rogério

Dr. Marcos Brum

Bruno Thiago O. L. Pinho
MÉDICO
CRM-RR 1026

- 7. Depressão 2g IV
- 8. Insuficiência 10g IV
- 9. SR RA

Dr. Célio Wanderley Jr.
Médico Anestesiologista
CRM-RR 1580 / RQE 762



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Nildo Inacio Trevisan				25/09/19	
TIPO		CIRURGIA			
Osteossíntese de Fratura do Fêmur Esquerdo		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		15:53	16:47		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
De Elder		ANESTESISTA: De elio			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA: De carlos			
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE			
		De Marcos + odinach			
T. DE ANESTESIA: Raque		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	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			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	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº Equipe	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL 3VD Nº 14	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML		1	CERA P/OSSO B. eolboxa 2000 ml	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM 6 seiva p/ degumação	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eletródos		1	OUTROS: povidine + álcool + 150ml	
<input checked="" type="checkbox"/>	cateter p/02		1	atadura de crepom não aderente	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		MATERIAL MEDICAMENTOS			
ENFERMEIRA CHEFE		SUB- TOTAL			
Luiziane					
Bruno					
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		TAXA DE SALA			
CIRCULANTE 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>bandes + Inac</i>	

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

ca de canulado

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (x)		Dados Adicionais:		
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID	QUANT	MARCA
	<i>Fio de Kichner 1,5</i>	<i>7</i>		
	<i>Fio de Kichner 2,0</i>	<i>1</i>		
	<i>Pareo, fuso canulado N 2 80</i>	<i>17</i>		

Dr. Elder's
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

MÉDICO CIRURGIÃO: *Dr Elder* 1º AUXILIAR: *Dr Moraes + Odinac h*

INSTRUMENTADOR: *Fagner*

Empresa () Nome da Empresa:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID	QUANT	MARCA

MÉDICO CIRURGIÃO: 1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Nome: Nildo Inacio Trevisan Idade: 53 Setor/leito: _____ Data: 25/09/19

Data de Nasc: 26/12/1965 Idade: 53 Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

INTRA-OPERATÓRIO

SRPA

Sinais Vitais

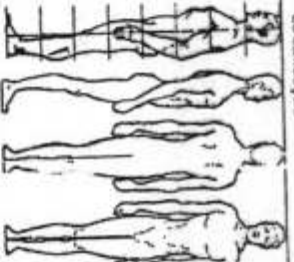
Cirurgia Proposta: Ost. frot. femur B

Entrada na Sala: 14:50 Início da Anestesia: 15:00 Início da Cirurgia: 15:53 Término da Cirurgia: 16:47 Término da Anestesia: _____

Anestesia: _____ Cirurgia: _____ Horário: 0' T: _____ FC: 76 PA: 100/60 SPO2: 94 AUDRE-TE: _____ DOR: 0/10

1. Informações:
Jejum () Sim () Não
Prótese () Sim () Não
Exames () Sim () Não
Reserva UTI () Sim () Não
Lateralidade () Sim () Não
PNE () Sim () Não
Alergia () Sim () Não
Qual: Penicilina 30M, HBS
Reserva de Hemoderivado: () Sim () Não

Cirurgia Realizada: Ost. frot. femur B Anestesia: Basque Posicionamento: Dorsal
Hidratação Inundada: _____ Antibiótico: Ceftriaxona CH: _____ Hemoderivados: _____
SF 0.9%: 1500ml Nome: Ceftriaxona Plasma: _____
SG 5%: _____ Dose: 79 Plaquetas: _____
Outros: _____ Hora: 16:00

1. Sonda: _____ Localização: 
2. Curativo: _____
3. Dreno: _____
4. Acesso venoso: _____
5. Outros: _____
Observações: 2 h

2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Deambulando () Consciente () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado

Outros: _____
N° de Compressas oferecidas: 78
N° de Compressas recolhidas: 78
Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () RX () Gasometria () Outros: _____

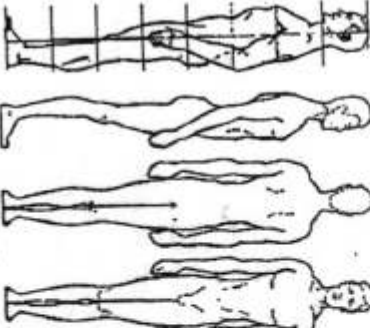
Baixejo Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

3. Sinais Vitais: T: _____ °C R: _____ rpm FC: _____ bpm PA: _____ mmHg SAT: _____ % () Regular () Irregular

Legenda:
1. Eletrodos
2. Oxímetro
3. Manguito PA
4. Placa de Bisturi
5. Incisão
6. Cateter O2
7. Venoclise
8. Dreno
9. SNG/SNE
10. Garrote
11. TOT () Não () Sim N° _____
12. SVD () Não () Sim N° _____
13. Outros: _____

Entrada Saída
Hora Medf capão CH SNG/Volume Dreno/Qual Hora SVD/Aspecto Dreno/Qual Outros

4. Anotações (Admissão do Paciente):



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

Paciente: Basque

Basque

Paciente na UTI, estabilidade crescente, FC 76, SPO2 94%.

Basque

Basque

Basque

Basque

Basque

Basque

ESTÁDEU RIFICÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Paciente: Milda Ivone Trevisan
 Inoperável: Sim

Paciente: CONFIRMOU

☒ Identificação
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
☒ Consentimento ☒ Sim ☐ Não

TESTE CURT. GLOBO

☒ Aplica ☐ Não se Aplica

TESTE DPM. R. C. A. I. O

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
 CONCLUIR

☒ COIMEN TO DE PULSO NO PACIENTE EM
 FUNCIONAMENTO

QUANTO CIENTE POSSUI:

☒ ALERGIA CONHECIDA
☐ Não ☐ Sim, Qual:

☒ VIA ÁEREA DIGITAL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Sim, e equipamento/assistência disponível

☒ RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
☐ Não

☐ Sim, e acesso adequado e planejamento
 Para Procedimentos Anestésicos

Residente Anestesiologista

25/09/19

Assinatura Hora: _____

Anestesiologista

SALA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
 CONFIRMARAM VERBALMENTE:
☒ Identificação do paciente
☐ Sítio cirúrgico
☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:
 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.

A PROFIAXIA ANTIMICROBIANA FOI
 REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica
☒ Sim, Qual: Cefazolina 1g Hora: 16:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
☐ Sim
☒ Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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, COMPRESSAS E AGULHAS
 ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
 PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA
 (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
 PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☒ Não

☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
 EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
 PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
 RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Milda Inacio Trausman</i>					
AGNOSTIC <i>fratura de colo fêmur (E)</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>28/09/19</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>3 ND</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				<i>manter</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>SN</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>10-24/6/11</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>6/5 NT</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SN</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>SN NT</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>12-24/6/16</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>SN</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>7 suspens</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Rotina</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>curativo</i>
15	<i>Cefazolin 1g Ev 08/08h</i>				<i>22-6-14</i>
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Dr. Odinechi Okeke
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1851/PP

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Administrado medicamentos de horário com, exceto item (E) e (F), não foram disponibilizados pela farmácia, Verificado SSUV - Tec. Murna

A66 (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 TREVSAN**

AGNÓSTICO **FX COLO FEMUR E**

ALERGIAS _____ HAS _____ NEGA _____ DM2 _____ NEGA _____

IDADE _____ LEITO **66** DATA **25/09/2019**

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 I

7 NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITE

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 CLEXANE 40MG SC 1X DIA

13

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 MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: 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 -> Pt. no corredor (maca), refere alguma este horário, medicado com item 4, item 10, não veio da farmácia, oferecido SSVV.

[Assinatura]
 Técnico em Enfermagem
 COREN-RR 903885-TE

66 (corredor)

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE NILDO INACIO TREVSAN					
AGNÓSTICO FX COLO FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	66	DATA	26/09/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				14h
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				7h / 16h / 20h
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				
5					
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				7h
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				10h
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				16h
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				24h
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				08h
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12h / 18h / 24h
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				7h / 10h
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				10h / 20h
17	SSVV + CCGG 6/6 H				14h
18	CURATIVO DIÁRIO				curando
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Dextru
 18h
 150 mg de
 24h de

06/11 PA: 136 x 115 FC: 78. Baoml.

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	118 x 110	89	- 36
18 H	120 x 110	86	- 36
24 H	168 x 84	78	-

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
 CRM-RR 2028
 Residente de Ortopedia e Traumatologia
 Linex: 600ml.

12:00 FC + a apresentar hipertensão, parte item 16h
 segue curando - 12h: 6h

06h: Paciente no leito, queixa de dor no 20h,
 adm item 04 CPM. Afecção SSVV, segue aos
 14h: 14h

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Nildo Imácie

Leito: 66

Data: 26/09/19

Localização			Região: M.S.E			Região:
Etiologia	Grau: I () II (X) () LPP I II III IV ?* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro:		() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro:			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal (X) Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:			
Pele Perilesional	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:			
Tipo de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%			
Solução de Limpeza	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Cobertura primária	() 12/12 (X) Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h			
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Juizene Gomes da Silva Auxiliar de Enfermagem RORAIMA CNEN-RR 625070		Rosângela M. de Almeida Técnica em Enfermagem CNEN-RR 350587EC			
Observações:	Rosângela M. de Almeida Técnica em Enfermagem CNEN-RR 350587EC					



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	NILDO INACIO TREVSAN				
AGNÓSTICO	FX COLO FEMUR E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
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 IN				
7	NALBUFINA 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>de fraca</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 MÉDICA:

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

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

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

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Paciente:

Leito:

66

Wildo Bacio

Data: 27/09/2019

Localização	 	Região: <u>ME</u> Grau: I () II ()	 	Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<div> <div> <i>Renata Silva Rodrigues</i> CORREN-415227-AE </div> <div> <i>Adonilde V. da Araujo</i> Téc. em Enfermagem CORREN-107795/TE </div> </div>			
Observações:	 			



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Wildo Iracema Figueira 53 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 14 COM
DIAGNÓSTICO DE RX com fratura
NO DIA 25.09.19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteotomia de fêmur SENDO
OPERADO PELO DR. Rogério E DR. Alfonso
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 27.09.19 ÀS 12:00 FRA
BO ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 14 ÀS 12:00
DR. Rogério

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. Rogério
BOA VISTA, 27.09.19
MÉDICO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081593/20

Vítima: NILDO INACIO TREVISAN

CPF: 294.514.422-00

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 22/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NILDO INACIO TREVISAN

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 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

RONALDO DE SOUZA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081593/20

Número do Sinistro: 3200102434

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 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

RONALDO DE SOUZA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 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.