

# 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:

Nome completo da vítima:

029.697.822-19 Elton Raimundo da Silva

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

5 - Nome completo:

Elton Raimundo da Silva

6 - CPF:

029.697.822-19

7 - Profissão:

8 - Endereço:

R: dona lucia

9 - Número:

251

11 - Bairro:

Bento

12 - Cidade:

Baú Vista

13 - Estado:

RR

CEP:

69.315-631

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

09113-3855

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:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

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

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 000733328-

-D

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

24 - Data de óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim  Não

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

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro/véio nascido?  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 do atestado

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

X ELTON RAIMUNDO da SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015513/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/05/2020 11:12 Data/Hora Fim: 12/05/2020 11:36  
Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 09/03/2020 03:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Raia do Sol

Logradouro: AVENIDA ESTRELA DALVA COM S 2

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ELTON RAIMUNDO DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE )			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade: 27 anos	
Naturalidade: RR - Cantá	Profissão: Administrador		
Estado Civil: Sem Informação			
Nome da Mãe: Regina Tancredo		Nome do Pai: Adalto Raimundo da Silva	

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA DONA LUIZA

Nº: 251

Bairro: SAO BENTO

Telefone: (95) 99177-1003 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição HONDA BROS 150	CPF/CNPJ do Proprietário 036.364.752-07
Placa NAS5289	Renavam 00184352100
Número do Motor KD05E1A000413	Número do Chassi 9C2KD0510AR000413
Ano/Modelo Fabricação 2010/2009	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/NXR150BROS MIX ESD	Modelo HONDA/NXR150BROS MIX ESD
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 17/10/2016
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Elton Raimundo da Silva	Proprietário

14/08/2020 10:36:56  
ASL-0163518/20  
bianca.vieira

Delegado de Polícia Civil: Emerson Luiz Freire  
Impresso por: Leonardo Sidou Piedade  
Data de Impressão: 12/05/2020 11:41  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015513/2020

RELATO/HISTÓRICO

REGISTRO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. QUE O COMUNICANTE AFIRMA QUE TRAFEGAVA PELA RESPECTIVA VIA, QUE O COMUNICANTE AFIRMA QUE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO DEVIDO A UM PROBLEMA NA SUSPENSÃO DIANTEIRA DESSE, QUE ABALROOU CONTRA UM POSTE DE CONCRETO, QUE SOFREU ESCORIAÇÕES, QUE FRATUROU A CLAVICOLA DIREITA E MAXILAR FACIAL. RG DO COMUNICANTE 385311-0 CPF: 029 697 822 19

O PRESENTE BOLETIM VERSA REFERENCIA PARA SEGURO DPVAT. É O RELATO. SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

ASSINATURAS

Leonardo Sidou Piedade  
Agente da Polícia  
Matrícula 42000734

Responsável pelo Atendimento

Elton Raimundo da Silva  
(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 devo origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Elton Raimundo da Silva  
14/08/2020 10:36:56

Elton Raimundo da Silva  
14/08/2020 10:36:56



RORAIMA  
ENERGIA  
S.A.  
Av. Capitão Eze Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.361.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.023-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 388/13

0117539-4

Nº da Nota Fiscal: 4444464

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEB foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002. F CAM\*

JANEIRO/2020

06/02/2020

216

129,30

CPF: 00088927016220

REGINA TANCREDO  
R. DONA LUIZA 251 Q. 356 LT 251 - SAO BENTO  
CEP: 69.315-631 - BOA VISTA

GRADUOS DA LEITURA(KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	24412	Atual:	24 01 2020	Grupo/Subgrupo:	1.7.1.1
Anterior:	24116	Anterior:	19 12 2019	Classe/Subclasse:	MBS10 - BAIXA RENDA
Dias de consumo:	30	Próxima leitura:	26 02 2020	Ligação:	HOM
Constante de Multiplicação:	1.600	Emissão:	17 01 2020	Número Medidor:	2712004
Correção medida:	71%	Apresentação:	28 01 2020	Fórmula de Faturamento:	N/RSH
Consumo faturado:	216			Modalidade:	L 150 :: 99

CONSUMO  
30 A R\$ 0,257453 = 7,72  
70 A R\$ 0,441354 = 30,89  
116 A R\$ 0,662037 = 76,79

DESCONTO INDIGENA/QUILOMBOLA 13,44-

SUBVENCAO BAIXA RENDA 48,86

MULTA POR ATRASO DE I 0,75

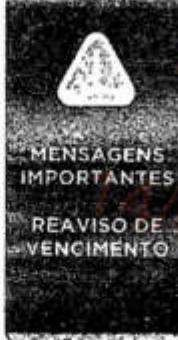
MULTA POR ATRASO 12/19-00 1,49

JUROS DE MORA DE IMPO 12/19-00 0,02

ILLUMINACAO PUBLICA 25,08



Média 12 meses:



LIGUE 0206709126 E FAÇA O PÓDIO VENCIMENTO 1 6 11 15 21 26  
Parabéns! Até o dia 17/01/2020, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 5A78.A180.1F8D.2226.099E.FBFD.CA27.C91E

VALORES COMPOSTOS DA CONTA - R\$

Energia:	62,74	Encargos:	3,45	Tributos:	21,63
	27,49				
	Transmissão:	0,98			

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo	-1 ALÍQUOTA	VALOR
ICMS:	17,00%	10,61
PIS:	9,00%	0,00
COFINS:	1,45%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Mês	Trimestre	Ano	Mês	Trimestre	Ano	Mês	Trimestre
8,85	17,70	35,48	8,46	16,92	33,84	4,82	10,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Cinquento DISTRITO

Período de apuração: 11/2019 sub: 44,36

**RORAIMA ENERGIA**

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

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 4853965

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>19-FEB-20 a 23-MAR-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>675</b>	VENCIMENTO <b>06-APR-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>

**OBSERVAÇÕES**

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

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

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



ASL-0163518/20  
bianca.vieira  
14/03/2020 10:41:38

ASL-0163518/20  
bianca.vieira  
14/03/2020 10:41:38



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Elton Raimundo dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.697.822-19,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elton Raimundo dos Santos  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.697.822-19, 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 CC 11</u>	Número:	<u>599</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Laura Moreira</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:
E-mail:	<u>W.Franco092@gmail.com</u>			CEP: <u>69.318-050</u> Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 09 de junho de 2020

William Gonçalves Franco  
Assinatura do Declarante

# 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:

Nome completo da vítima:

029.697.822-19 Elton Raimundo da Silva

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

5 - Nome completo:

Elton Raimundo da Silva

6 - CPF:

029.697.822-19

7 - Profissão:

8 - Endereço:

R: dona lucia

9 - Número:

251

11 - Bairro:

Bento

12 - Cidade:

Baú Vista

13 - Estado:

RR

CEP:

69.315-631

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

09113-3855

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

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

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 000733328-

-D

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Nome do BANCO:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 (não Civil)  Divorciado  Separado judicialmente

24 - Data de óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim  Não

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

28 - Vítima teve filhos? Sim:  Não:

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro/véio nascido? 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 do atestado

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

X ELTON RAIMUNDO DA SILVA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

1<sup>ª</sup> Classificação Reclassificação  
FE Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Azul

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul. Azul

- Reclassificação
- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul

2001228600	09/03/2020 06:33:08	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA		NOTURNO	19-	6
Paciente		Data Nascimento	Idade			CNS	CPF	Prontuário	
<b>ELTON RAIMUNDO DA SILVA</b>		08/11/1992	27 A 4 M 1 D				02969782219		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade	Nacionalidade	
IDENTIDADE	3853110	SSP/RR	13/11/2008	M	NAO	PARDA	CANTA - RR	BRASILEIRA	
Mãe					INFORMADO			Contato	
<b>REGINA TANCREDO</b>					NI			(95) 99127-0299	Ocupação
Endereço									
<b>RUA - ELCLIDES GOMES DA SILVA - 1538 - ALVORADA - BOA VISTA - RR</b>									
Class. de Risco	Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal		
	<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>								
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
<b>ACIDENTE DE MOTO</b>	<b>URGÊNCIA</b>								
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			Registrado por:			
<b>GRANDE TRAUMA</b>	<b>SAMU CAPITAL</b>					<b>ADAO</b>			
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue								
Anamnese de Enfermagem	GSC <span style="float: right;">TOTAL</span> AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456								

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

PACIENTE TRABALHO PELA SAÚDE: IMOBILIZAÇÃO + CONTENÇÃO EM  
PACIENTES APC'S QUEDA DE MOTO COM FRATURA EM REGIÃO

Exame Físico

**E**xamen Físico  
Frotón de HNO<sub>3</sub> 10 cm. Agitado, descomponer  
Glasgow 1+, neutraliza los demás sedimentos

#### Hipótese Diagnóstica

**Hipótese Diagnóstica:** LEVANDO DAS VEZES PARA TONICERIA, SÓ FOI POSSÍVEL REALIZAR EM VENDA DE AGRAVE - E VÍMITOS DURANTE O EXAME

SADT - Exames Complementares

RAIO-X     ULTRA-SON     TC     SANGUE     URINA     ECG     OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
MORFINA 5 mg IV 05/20		
MORFINA 5 mg IV 06/20	<p>FATAL GERAL DE RORAIMA Av. 25 de Edvaldo Gómez, S/N Nº 00000000 Tel. (65) 3131-0620</p> <p>FAUTENTIAÇÃO</p> <p>15 APR 2009</p> <p>Carro e seu Fé que a presente é a única original</p>	
Cianalização do enunciado		

## **Conduta**

- Alta por Decisão Médica
  - Alta a Pedido
  - Alta a Revelia
  - Transferência para:

Ambulatório  
 Observação (Até 24h)  
 Internação

68

Antes do 1º Atendimento? /  Sim /  Não Destino: /  Família

38 *Revista Brasileira*

**Assinatura do Paciente ou Responsável**

~~Dr. Jorge BORGES~~ ~~Município Assinatura do Médico~~

Impresso por: adao  
Data/Hora: 09/03/2020 06:34:10



09/03/2020 Zanocimjia

Paciente vítima de TCE com múltiplos fraturas de ossos da face + clivagem linear  
sem deslocamento; não há lesão hemorrágica ou traumática intracraniana, pragmatoplasto  
residual próximo à fratura da maxila. GCS/E, eupúero inconsciente e intubado.

CD: Sem anamnese neurocirúrgica

Simão L.  
Neurocirurgião  
CRM-PI

#BMF# 18:35h 09/03/2020

+ Pef vitruva de acidente motociclístico, no momento encontra-se  
consciente, orientado, eupúero, nonmocorado, e cG3ouc. Ao exame  
físico apresenta queivamento suofurado em região frontofacial + hematoma  
purrorbitário bilateral. Ao exame TC apresenta imagem compatível  
com fratura de ossos da face (Maxila + teto de órbita bilateral + fratura  
ossos nasais).

QD: ① Avaliação

② Internação hospitalar

Ricardo Lourenço  
Cirurgião-Dentista  
Cirurgião-Ortopedista  
Bucal Maxilo Facial  
CRM-RR 1225





## SERVIÇO DE CIRURGIA BUCA-MAXILOFACIAL

## PRESCRIÇÃO DIÁRIA

CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL

ALERGIA:NÃO:  SIM: 

NOME	ELTON RAIMUNDO DA SILVA	LEITO	DATA	09/03/2020
1	DIETA LÍQUIDA/PASTOSA	506		
2	SF 0,9% 1000ml E.V.			
3	SG 5% 500 ml E.V.			
4	CEFTRIAXONA 1g E.V. 12/12h			
5	TILATIL 20mg E.V. 12/12h	3/46		
6	DEXAMETASONA 4mg E.V. 8/8h	8/150		
7	DIPIRONA 2cc + 8cc AD E.V. 6/6h	9/16 12/		
8	PLASIL 01 FA E.V. 8/8h S/N	6/13 18/24		
9	OMEPRAZOL 20mg E.V. 1 X DIA JEJUM	8/2 24/		
10	HIGIENE BUCAL COM CLOREXIDINA A 0,12% 3 X DIA	6/14/28		
11	SSW + CCGG	6/14/28		
12		Mutuna		
13				
14				
15				
16				

*Ricardo Lourenco  
Cirurgião Dentista  
Cirurgião Maxilofacial  
Bucomaxilofacial  
CRO-RR 1225*

SINAIS VITAIS			DEXTRO	INSULINA REGULAR	HORA	DEXTRO	INSULINA
HORÁRIO	12H	18H	24H	06	<70	06H	
PA				160x80	<200	0 UI - SC	
FC				75	201-250	02 UI - SC	
TEMPERATURA				35,9	251-300	04 UI - SC	
FR				34,0	301-350	06 UI - SC	
DIURESE					351-400	08 UI - SC	
EVACUAÇÃO					10 UI - SC		
CURATIVO				12/20	>400	CHAMAR PLANTONI STA	



**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILFACIAL  
PRESCRIÇÃO DIÁRIA**

NOME	ELTON RAIMUNDO DA SILVA	LEITO	DATA	
ALERGIA: NÃO:	OSIM:		09/03/2020	
1	Dietetíquida/Pastosa	Sao		
2	AVP +sf 0,9% 1000 ml ev	100 200		
3	Ceftriaxona 1g EV 12/12h	100 200		
4	Tilatil 20mg EV 12/12h	100 200		
5	Dexametasona 4 mg EV de 8/8h	100 200		
6	Dipirona 1g EV 6/6h	100 200		
7	Plasil 10 mg EV 8/8 S/N	100 200		
8	Omeprazol 40 mg E.V. 1x ao dia	100 200		
9	Higiene oral com digluconato de clorexidina 0,12% 3 x dia	100 200		
10	CABECEIRA ELEVADA 30° A 45°	100 200		
11	SSV+CCGG	100 200		
<i>Transtorno P/ Blaco A</i>				
<i>Spa</i>				
<i>106-3</i>				
SINAIS VITAIS	DEXTRO	SSVV +CCGG		
HORÁRIO	12h.	18H	24H	
PA	140x89	127x92	124x76	06H
FC	89	90	81	<70
TEMPERATURA	36°C	36,3	36,6	Glicose 50% 40 ml EV
FR	+			0 UI - SC
DIURESE				201-250
EVACUAÇÃO				251-300
CURATIVO				04 UI - SC
				301-350
				06 UI - SC
				351-400
				08 UI - SC
				>400
				10 UI - SC
				CHAMAR PLANTONISTA

UNIDADE:

NOME: Elton Ramundo da Silva

IDADE:

REGISTRO:

BIOMBO: A

ENFERMARIA:

106

LEITO: 03

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE: Bucomedio

PARA: Ortoped a

Dados Clínicos:

Paciente vítima de acidente motociclistico apresentando dor em região clavicular (D) e limitação de movimento. Sobrto arábicos e comente.

6º d.

Bruno Araújo da Silva  
CRM-RR 717

11/03/2020

Data

Médico

Pla 14 está no ferro  
Sem Rx.

Avaliação com Rx

11/03/2020

Data

Carlos Enrique La Rosa  
Médico  
CRM-RR 463

Médico



### FICHA DE ACOLHIMENTO

#### 1 - IDENTIFICAÇÃO

Data da internação:		Data do Acolhimento:	11/03/2020
Setor:	Piso A Leito: 306 C3	Procedência:	
Nome: <i>Edson Ribeiro dos Siqueira</i>		Idade:	<i>57</i>
Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>		Sexo:	( ) F ( ) M
Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Separado ( ) União Estável ( ) Outro:		Nº de Filhos: —	
Empregado: ( ) Sim ( ) Não		Profissão:	
Religião: ( ) Católico ( ) Evangélico ( ) Testemunha de Jeová ( ) Budista ( ) Nenhuma ( ) Outra:		Com quem reside: ( ) Pais ( ) Cônjugue ( ) Só ( ) Filhos ( ) Outros:	
Onde reside: <i>Boa Vista</i>			
Informante: ( ) Próprio paciente ( ) Acompanhante ( ) Outro:			
Pessoa(s) de Referência 1 -		Vínculo:	Tel.:
Pessoa(s) de Referência 1 -		Vínculo:	Tel.:

#### 2 – INTERNAÇÃO E DIAGNÓSTICO

Motivo da Internação:	
História da Doença:	
Tem conhecimento de seu diagnóstico: ( ) Sim ( ) Não	Compreende a necessidade do tratamento: ( ) Sim ( ) Não

#### 3 – LIMITAÇÕES

( ) Sim ( ) Não – Se SIM, assinalar limitação: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Motora ( ) Fala ( ) Outra:
-------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### 4 – ACOMPANHAMENTO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Acompanhante presente: ( ) Sim ( ) Não – Se SIM, quem: ( ) Pais ( ) Cônjugue ( ) Filho(a) ( ) Outros:
-------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### 5 – ASPECTOS EMOCIONAIS E COGNITIVOS

Alteração no nível de consciência	SIM ( )	NÃO ( )	Choro frequente	SIM ( )	NÃO ( )
Queixa-se de tristeza e solidão	SIM ( )	NÃO ( )	Transtorno emocional evidente	SIM ( )	NÃO ( )
Expressão de afeto condizente	SIM ( )	NÃO ( )	Consciência de morbidade	SIM ( )	NÃO ( )
Linguagem fluente	SIM ( )	NÃO ( )	Linguagem coerente/organizada	SIM ( )	NÃO ( )
Atenção preservada	SIM ( )	NÃO ( )	Memória preservada	SIM ( )	NÃO ( )
Pensamento organizado	SIM ( )	NÃO ( )	Orientação auto/aloquática preservada	SIM ( )	NÃO ( )
Adequação do sono	SIM ( )	NÃO ( )	Adequação da alimentação	SIM ( )	NÃO ( )

OBS.:

Abuso de substância: ( ) Não tem histórico ( ) Álcool ( ) Tabaco ( ) Drogas
-----------------------------------------------------------------------------

6 – REFERENTE À EQUIPE DE SAÚDE E INTERNAÇÃO	
Recusa/ resistência ao cuidado ou tratamento: ( ) SIM ( ) NÃO	Adaptação à internação: ( ) SIM ( ) NÃO

#### 7 – PROCEDIMENTO ADOTADO

Acompanhamento: ( ) Paciente ( ) Familiar ( ) Alta psicológica
Encaminhamento: ( ) CAPS II ou III ( ) CAPS AD ( ) UBS ( ) Outro:

#### 8 – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

<i>paciente demonstrou no ato decolhimento voltaço e voraz. evitava o contato com pessoas que o envolviam. não conseguia dormir e se sentia ansioso. quando ficava quieto, sentia-se agitado. sentia-se com medo de perder o controle das ações (fuga). Foi realizada consulta para oftalmologista. Recuperou orientações quanto ao uso de óculos de proteção. Foi feito contato com acompanhante quanto ao problema.</i>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO: \_\_\_\_\_ DATA: 11/03/2020

106-3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA  
BUCO MAXILO FACIAL  
PREScrição MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DPO	
PACIENTE	ELTON RAIMUNDO DA SILVA		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	NEGA	HAS	
IDADE		LEITO	
ITEM	PREScrição		HORÁRIO
1	DIETA LÍQUIDA/PASTOSA VO		SINUS
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		manhã
3	SF 0.9% 500 ML EV 12/12H		12/21
4 D2	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		12/20
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H		12/20
6	TENOIXCAN 20 MG EV 12/12H		12/21
7	TRAMADOL 100MG EV 8/8H EV LENTO		12/21
8	PLASIL 1 AMP EV 8/8 H SN		12/21
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X DIA		06/08
10	HIGIENE ORAL 3X POR DIA		Ráulz
11	SSVV+CCGG		Ráulz
12 D2	DEXAMETASONA 4MG EV 08/08H		Ráulz
13			12/21
14	Bruno Araújo da Silva		
15	Cirurgião Bucomaxilofacial		
16			
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

# PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS, COM MELHORA DO QUADRO ÁLGICO.

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM EDEMAS.

# SOLICITADO: EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS OK.

# CONDUTA: MANTIDA.

#### PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	123 x 77	77		37,29
18 H	116 x 70	77	19	37,2
24 H				

Dr. BRUNO ARAÚJO

CRO/RR 717

Cirurgião Bucomaxilofacial

12h → Pd. no leito, sem queixas álgicas, aferido 35,29

As 18:00h Paciente no Leito, aferido 35,29  
São 3000g e 1000g de círculos de  
equipe de enfermagem

Rosilene Garcia P. Mendes  
Técnica de Enfermagem  
PROFISSIONAL ESTÉTICO

# Evolução do Curativo



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Férias –  
Paciente: ELTON LAMUNDO

Leito: J06-3

Data: 11 / 03 / 2020

Versão: 08

Elaborada: 02/2013 Atualizada: 2/2020

Evolução do Curativo		Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013 Atualizada: 2/2020
Localização		Região: CABEZA		Região:
		Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>		Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> ( ) Queimadura <input type="checkbox"/> ( ) Cirurgia <input type="checkbox"/> ( ) DM <input type="checkbox"/> ( ) Vascular <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: _____ Traqão _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ( ) ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	( ) LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> ( ) Queimadura <input type="checkbox"/> ( ) Cirurgia <input type="checkbox"/> ( ) DM <input type="checkbox"/> ( ) Vascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Traqão _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ( ) ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> ( ) Esfacelo <input type="checkbox"/> ( ) Granulação <input type="checkbox"/> ( ) Epitelização <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> ( ) Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> ( ) Outros _____	( ) Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> ( ) Esfacelo <input type="checkbox"/> ( ) Granulação <input type="checkbox"/> ( ) Epitelização <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> ( ) Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> ( ) Outros _____		
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> ( ) seca <input type="checkbox"/> ( ) Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> ( ) seca <input type="checkbox"/> ( ) Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Tipo de Exsudato	( ) Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> ( ) Sanguinolento <input type="checkbox"/> ( ) Serossanguíneo <input type="checkbox"/> ( ) Seco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outro: _____	( ) Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> ( ) Sanguinolento <input type="checkbox"/> ( ) Serossanguíneo <input type="checkbox"/> ( ) Seco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> ( ) Seco <input type="checkbox"/>	( ) Molhado <input type="checkbox"/> ( ) Úmido <input type="checkbox"/> ( ) Seco <input type="checkbox"/>		
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> ( ) Álcool 70% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> ( ) Álcool 70% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Troca	( ) 12/12 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> ( ) 48/48h <input type="checkbox"/>	( ) 12/12 <input type="checkbox"/> ( ) Diário <input type="checkbox"/> ( ) 48/48h <input type="checkbox"/>		
Profissional que realizou procedimento:	Adriana Vieira Araujo Núcleo de Enfermagem COREN-RR 507 795/TE	Elisânia Carvalho Gómez Gabinete de Férias Tratamento de Férias Ent. Férias Coren-RR 404579-ENF		
Observações:				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

**NOME** Elton Raimundo Da Silva

**ALERGIA: NÃO:  SIM:**

ALERGIA: NÃO: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/>							
NOME		Elton Raimundo Da Silvap		LETRÔ		DATA	
1	Dieta líquida pastosa VO			106-3			12/03/20
2	AVP-SF 0,9% 500ml EV 8/8h						
D3	3 Ceftriaxona 1g EV 12/12h						
4	Tenoxicam 20 mg EV 123/12h						
D3	5 Dexametasona 4 mg EV 12/12h						
6	Dipirona 1g EV 6/6h						
7	Omeprazol 20mg EV 1x dia						
8	Plásil 1 ampola EV 8/8 h SN						
9	Tramadol 100mg EV 12/12h - lento						
10	Higiene oral com digluconato de clorexine 0,12% 3x dia						
11	Cabeceira elevada 30°						
12	SSVV+CCGG						
13							
14							
15							
16							
17							
<b>SÍMAS VITAS</b>							
HORÁRIO	12H	15H	24H	06H	DEXTRO	Int. Ulna Regular	
PA	135 X 81	130 X 80	128	128	<70	Glicose 50% 40 ml EV	HOJA
FC	81	80	78	78	<200	0 UI - SC	DEXTRO
TEMPERATURA	35,8°C	36	36	36	201-250	02 UI - SC	INSCRIÇÃO
FR	-	-	-	-	251-300	04 UI - SC	
DIURÉSE	+	+	+	+	301-350	06 UI - SC	
EVACUÇÃO	-	-	-	-	351-400	08 UI - SC	
CURATIVO					>400	10 UI - SC	
						CHAMADA FANTONISTA	



## PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: HGR

NOME: Elton Raimundo da Silva

IDADE: 27a

BLOCO: BLOCO A

ENFERMARIA: 106-3

LEITO: 03

De: Bucomaxilofacial

Para: Ortopedia

PACIENTE COM HISTÓRICO DE FRATURA DE FACE (TETO ORBITA BILATERAL + FRONTAL + OPN) AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. AO EXAME CLÍNICO PACIENTE RELATA DORES EM CLAVICULA D. SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA - GRATO.  
RX - NO SISTEMA

12/03/2020

Data

Dr. Sergio F. Passabó  
Cir. Bucomaxilofacial  
CRM/SP 34

Médico(a)

12/03/2020

Data

médico

Verde



**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE BUCOMAXILOFACIAL**  
**PRESCRIÇÃO DIÁRIA**

ALERGIA: NÃO:  SIM:

NOME	Elton Raimundo da Silva				
	LEITO	DATA	13/03/2020		
1	Dieta líquida pastosa VO	SWD			
2	AVP	mano			
D4	Cefitriaxona 1g EV 12/12 hs	08/03/2020			
D4	Tenoxicam 20 mg 12/12 hs	10/03/2020			
D4	Dexametasona 4 mg 8/8 hs	16/03/2020			
6	Plasil 10mg de 8/8hs SN	24/03/2020			
7	Omeprazol 40mg EV 1x/dia	06/03/2020			
8	TRAMADOL 100 MG DE 8/8 HS, EV 5/5	06/03/2020			
9	Higiene oral com digluconato de clorexidina 0,12% 3 x dia	06/03/2020			
10	cabeca elevada 30°	Ruth 2020			
11	SSW + CCGG	Manuaf,			
12		Patrícia.			
13					
14					
15					
16					
SINAIS VITAIS					
HORÁRIO	12H	18H	24H	05H	< 70
PA	127/72	114/80	130/70	126/70	60
FC	65	65	70	70	0-200
TEMPERATURA	36.5°C	35.5°C	36.2°C	36.2°C	201-250
FR					02 UI - 5C
DIURESE	+	+	+	+	04 UI - SC
EVACUAÇÃO	-	-	-	-	301-350
CURATIVO					06 UI - SC
					08 UI - SC
					10 UI - SC
					>400 CHAMAR PLANTONISTA

17/03/2020  
 Pela manhã - não comendo

Bianca

18h. Hora de SSVU Am  
 Operação nos dentes  
 no mês de Março



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

10 6-3

ALERGIA: NÃO:  SIM:

NOME	ELTON RIMUNDO DA SILVA				LEITO	DATA
	12H	18H	24H	06H		
1	Dieta líquida/Pastosa				500	
2	AVP + SF 0,9% 500ml EV 8/8h				226	
3	Ceftriaxona 1g EV 12/12h				200	
D5	Dexametasona 4 mg EV 8/8h				14	
4	Dipirona 1g EV 6/6h				16	
D5	Tenoxicam 20mg EV 12/12h				22	
6	Omeprazol 40mg EV 1x dia				24	
7	Plasril 01 Amp EV 8/8h				02	
8	Higiene oral 3x dia					
9	Higiene corporal 1x dia					
10	Cabeceira elevada 30°					
11						
12	SSVV +CCGG					
13						
14						
15						
16						
17						
18						
SINAIS VITAIS						
HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	DEXTRÔ	INSULINA
PA	124 X 18	128 X 100	130 X 80	103 / 65	< 200	Glicose 50% 40 ml EV
FC	63	69	60	66 / 65	201-250	02 UI - SC
TEMPERATURA	36,5	36,6	36,6	36,5	251-300	04 UI - SC
FR					301-350	06 UI - SC
DIURESE					351-400	08 UI - SC
EVACUAÇÃO					>400	10 UI - SC
CURATIVO						CHAMAR PLANTONISTA

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO DA CTBMR

PACIENTE ELTON RAIMUNDO DA SILVA

**FRACTURA DE TETO DE ÓRBITA BILATERAL +  
NASAL**

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
		#BMF#	7º DIH
15/03/20	1) DIETA LÍQUIDA/PASTOSA VO 2) AVP 3) CEFTRIAXONA 1g EV 12/12h 4) DIPRONA 2cc + 8ccAD EV 6/6h 5) OMEPRAZOL 40mg 1FA EV 1XDIA 6) CABECEIRA ELEVADA 30º a 45º 7) HIGIENE ORAL 3 X DIA 8) SSV//CCGG	 <b>Ricardo Lourenco</b> Cirurgião e Traumatólogo Gastroenterologista GRO-RR 1226	 <b>Ricardo Lourenco</b> Cirurgião e Traumatólogo Gastroenterologista GRO-RR 1226
D6			Paciente evoluí estável, no momento encontra-se consciente, orientado, eupneico, normocororado e EGBom. Ao exame físico apresenta ferimento extenso suturado em região de frontal.
			CD: Segue aguardando oportunidade cirúrgica pela BBMF.
			12h. 100g 120X80 18h: 100g 100g P. 72 72 78 PR. 36.1°C 7.36.1°C



**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL  
PRESCRIÇÃO DIÁRIA**

## **PRESCRIÇÃO DIÁRIA**

ALERGIA: NÃO:  SIM:

NOME		ELTON RAIMUNDO DA SILVA		LEITO	Bloco 106-3	DATA	17/03/20
						HD	Fratura de teto de óbita + nasal
1	Dieta líquida/pastosa VO						
2	AVP						
7	Dipirona 1g EV 6/6h						
8	Plasil 1 amp EV 8/8h SN						
9	Tramal 100 mg EV + SF 0,9% 100ml 12/12h						
10	Omeprazol 20mg EV ou VO 1x ao dia						
14	Higiene oral com diguiconato de cloredoxina 0,12% 3x/dia						
15	Cabeceira elevada a 30° ou 45°						
16	SSVV +CCGG						
17							
SINAIS VITAIS							
HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular	HORA
PA	120x70	110/74	120x70	120x90	<70	Glicose 50% 40 ml EV	DEXTRO
FC	70	76	75	73	201-250	02 UI - SC	INSULINA
TEMPERATURA	36 °C	36.5	36.2	36.5	251-300	04 UI - SC	
FR	20	-	-	-	301-350	06 UI - SC	
DIURESE	+	+	+	+	351-400	08 UI - SC	
EVACUAÇÃO				>400	10 UI - SC	CHAMAR PLANTONISTA	
CURATIVO							

*In Realizado mediante  
CSV con PHP - Faigha.*

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SERVIÇO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL

PEDIDO DE PARECER

PACIENTE: Elton Raimundo da Silva  
DE: BUCOMAXILOFACIAL

BLOCO A 106-3

PARA: ORTOPEDIA

Paciente, sexo masculino, 27 anos, deu entrada neste HGRR no dia 09/03/20, vitima de acidente de moto, apresentando fratura em face, teto orbital bilateral +nasal, no momento sem conduta cirúrgica desta especialidade, devido a falta de material de OPME, encaminho a ortopedia para cirurgia em região de clavícula. Após realização da cirurgia desta especialidade encaminhar novamente a bucomaxilo para cirurgia desta especialidade. Solicitamos a emissão do parecer medico desta especialidade. Aguardamos avaliação e conduta. GRATO!

Atenciosamente,

Dra. Silvana Ruyz da  
Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRO: 8271R

17/03/2020, Boa Vista – Roraima.

19/03/2020  
Pacient. ♂ de 27anos de velhete, Vtmos de p.t. bim  
da fratura de clavícula (d) um mês da  
fratura conservada. Importante Dr. Tarcís  
l.º analgesia + acompanhamento ambulatorial por  
Ortopedia. Fim da d.c. vai recuperar  
Hab M; Reabilit. e Encaminh. nos meses de

Dr. D'Urach/Okepma  
Médico Especialista  
Traumatologista  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 185578P  
Assinatura:

Data:

Assinatura:



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA  
BUCO MAXILO FACIAL  
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DPO	
PACIENTE	Eylon Raimundo da Silva			
DIAGNÓSTICO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	
IDADE		LEITO	106-3	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA LÍQUIDA/PASTOSA VO			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
3	SF 0.9% 500 ML EV 12/12H			
4	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12 H (SUSPENSO)			
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H			
6	TENOIXCAN 20 MG EV 12/12 H (SUSPENSO)			
7	TRAMADOL 100MG EV 8/8H EV LENTO			
8	PLASIL 1 AMP EV 8/8 H SN			
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X DIA			
10	HIGIENE ORAL 3X POR DIA			
11	SSVV+CCGG			
12				
13	<i>Bruno Araújo da Silva</i> Cirurgião Bucomaxilofacial			
14	CRO-RR 717			
15				
16				
17				
18				
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:**

# PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS, COM MELHORA DO QUADRO ÁLGICO.

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM EDEMAS.

# SOLICITADO: EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS OK.

# CONDUTA: MANTIDA.

**# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:**

# PREVISÃO DE ALTA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x80	64	20	36,3°C
12 H	127x80	71	19	36,4°C
18 H				
24 H	100x70	68	21	36,8°C

Dr. BRUNO ARAÚJO  
CRO/RR 717

Cirurgião Bucomaxilofacial

as 12.00h Paciente na Leito, a ferida  
ssua. Segue bem evolução das vida.

abs da eq-p de *Rosilene Garcia P. Mendes*  
Técnico de Enfermagem  
COREN-RR 552.039-TE

Difícil de  
ver o que é



ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Evolução de Psicologia

DATA	EVOLUÇÃO
18/03/2020	Motivação motivada por causa da pandemia, o paciente continua com sintomas de estresse e ansiedade, sente apreensão em relação ao futuro, se sente vidente em todos os sentidos, tem dificuldade para dormir, sente ataques de ansiedade, tem dificuldade para concentrar-se, sente medo de contágio, tem dificuldade para se concentrar e se concentrar profissionalmente. Foi realizada orientação psicofarmacológica e orientação.
21/03/2020	Tratamento continuado no apoio do psicólogo. O paciente continua com sintomas de estresse e ansiedade, sente medo de contágio, sente medo de perder o emprego, sente medo de perder a casa, sente medo de perder a vida.



Hospital Geral de Roraima

Secretaria de Saúde do Estado de Roraima

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial



## RESUMO DE ALTA

Paciente: ELTON RAIMUNDO DA SILVA

Data da internação: 09/03/20

Data da alta: 20/03/20

Profissionais: Cirurgia Bucomaxilofacial

### DIAGNÓSTICO

TRAUMA DE FACE TETO DE ORBITA BILATERAL, FRONTAL E NASAL

### TRATAMENTO

Alta hospitalar a pedido da coordenação da bucomaxilo conforme acordo com direção clínica do HGR paciente deverá receber alta hospitalar e Acompanhamento ambulatorial semanal no Coronel Mota , até chegada do material de OPME para realização da cirurgia.

### EVOLUÇÃO

BEG, AAA, normocorado(coloração normal de cor), sem queixas algícas, sem intercorrência. Paciente receberá alta e orientação à consulta ao HCM com o Dra. Juliene Monauer

### ORIENTAÇÕES

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências.
2. Alimentação: líquida-pastosa, fria ou gelada por 48 h.
3. Evitar: exposição ao sol, alimentos quentes e duros e esforços físicos, pelo menos até o retorno.
4. Repouso: Cabeça em plano mais elevado que o resto do corpo por 48 h.
5. Higiene oral: Escovação normal dos dentes e língua, evitando as áreas da cirurgia, fazer bochechos leves 03 vezes ao dia com anti-séptico bucal indicado, iniciando somente 48 h após a cirurgia.
6. Retirar pontos com 10 dias no posto de saúde.

Dra. Silvana Ruiz da Silva  
Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRM: 6265/RR

Ass. Cirurgião (CRO)



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO DE BUCOMAXILOFACIAL  
PRESCRIÇÃO DIÁRIA

ALERGIA: NÃO:  SIM:

NOME	Elton Raimundo da silva		LEITO	106-3	DATA
1	Dietá líquida/ pastosa VO		12	106-3	19/03/2020
2	AVP		12	106-3	
3	Dipirona 1g EV 6/6 hs		12	106-3	
4	Plásil 10mg de 8/8hs SN		12	106-3	
5	TRAMADOL 100 MG DE 8/8 HS, EV 5/N		12	106-3	
6	Higiene oral com digluconato de clorexidina 0,12% 3 x dia		12	106-3	
7	cabeceira elevada 30°		12	106-3	
8	SSVV + CCGG		12	106-3	
9			12	106-3	
10	Aos cuidados da ortopedia - avisar		12	106-3	
11			12	106-3	
12			12	106-3	
13	Fazente ole óleo húmido		12	106-3	
14	pelo buco / orofaringe		12	106-3	
15			12	106-3	
16			12	106-3	
Dr. Silvana Ruiz Íñ S					
M. Sergio T. Alves de Souza Bucomaxilofacial CHORRAS					
SINAIS VITais	CO2 8.6/RR	DEXTRO	HORA	DEXTRO	INSULINA
HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	
PA	Fixa	121	164	< 70	Glicose 50% 40 ml EV
FC	de	60	68	< 200	0 UI - SC
TEMPERATURA	Quente	36°C		201-250	02 UI - SC
FR				251-300	04 UI - SC
DIURESE				301-350	06 UI - SC
EVACUAÇÃO				351-400	08 UI - SC
CUPATIVO			>400		10 UI - SC
					CHAMAR PLANTONISTA

Paciente vítima de acidente, apresenta  
fratura em face ( tipo orbital, lateral +  
frontal + nasal).

B66, D01E, eunucco, alto de  
pescoço + escroto homônimo alto duplo  
de DPMG para realização cirúrgica.

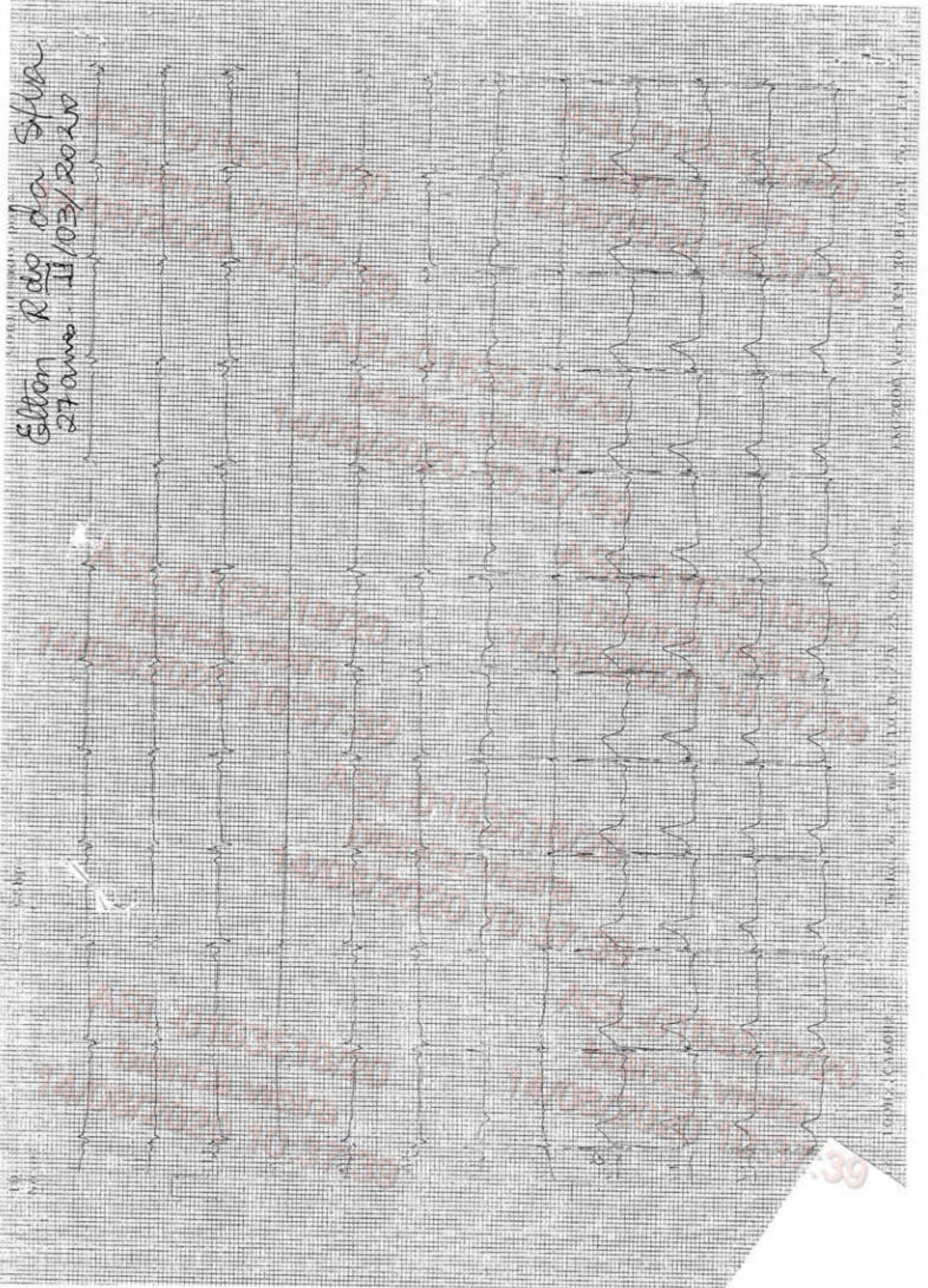
Alto da órbita direita, conforme proceder  
solicitado.

BV: 20/03/20

  
Dra. Silvana Ruiz da Silva  
Ortopedia Bucomaxilofacial  
CRB: 825/RB

Elton R do da Silva

27 anni - IT 03/2020





ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SALA DE RCP / GRANDE TRAUMA / HGR

DATA / /

NOME DO PACIENTE: CLTON RAINHO DA SILVA.

SINAIS VITais

HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A.	HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A.	HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A.
00:00	36.2	93	19	--	131x74	:					:						
:						:					:						
:						:					:						
:						:					:						
:						:					:						
:																	

Francisca Alves Oliveira  
COREN-RB 497366 Aux. Enf  
Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

REALIZAÇÃO DE DEXTRO

HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp
07:00					13:00					20:00				
08:00					14:00					22:00				
09:00					15:00					00:00				
10:00					16:00					02:00				
11:00					17:00					04:00				
12:00					18:00					06:00				
13:00					19:00									

Assinatura e Carimbo  
Enfermeiro Matutino

Assinatura e Carimbo  
Enfermeiro Matutino

Assinatura e Carimbo  
Enfermeiro Vespertino

Assinatura e Carimbo  
Enfermeiro Vespertino



Hospital Geral de Roraima

Secretaria de Saúde do Estado de Roraima

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial



## RESUMO DE ALTA

Paciente: ELTON RAIMUNDO DA SILVA

Data da internação: 09/03/20

Data da alta: 20/03/20

Profissionais: Cirurgia Bucomaxilofacial

### DIAGNÓSTICO

TRAUMA DE FACE TETO DE ORBITA BILATERAL, FRONTAL E NASAL

### TRATAMENTO

Alta hospitalar a pedido da coordenação da bucomaxilo conforme acordo com direção clínica do HGR paciente deverá receber alta hospitalar e Acompanhamento ambulatorial semanal no Coronel Mota, até chegada do material de OPME para realização da cirurgia.

### EVOLUÇÃO

BEG, AAA, normocorado(coloração normal de cor), sem queixas algicas, sem intercorrência. Paciente receberá alta e orientação à consulta ao IICM com o Dra. Juliene Monauer

### ORIENTAÇÕES

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências.
2. Alimentação: líquida-pastosa, fria ou gelada por 48 h.
3. Evitar: exposição ao sol, alimentos quentes e duros e esforços físicos, pelo menos até o retorno.
4. Repouso: Cabeça em plano mais elevado que o resto do corpo por 48 h.
5. Higiene oral: Escovação normal dos dentes e língua, evitando as áreas da cirurgia, fazer bochechos leves 03 vezes ao dia com anti-séptico bucal indicado, iniciando somente 48 h após a cirurgia.
6. Retirar pontos com 10 dias no posto de saúde.

Dra. Silvana Ruiz da Silveira  
Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRM: 826/RR

Ass. Cirurgião (CRO)

## FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

0430:

SAMU  
192

BRAVO III

EQUIPE: Jaquequeni, José, Rúbia

Idade: 30 Sexo: Mas

Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_

DATA: 13/03/20

HORA: 03:43

BASE: N. VIA: L.

FM RÁDIO

ATENDIMENTO: 14/03/2020

HORA: 10:03:51

FM CELULAR

2 DOS SINTOMAS. Menos de 1 hora [ ] 1 a 3 horas [ ] 4 a 24 horas [ ] Mais de 24 horas [ ] Não sabe [ ]

## TIPO DE URGENCIA

Urgência	<input type="checkbox"/> Urgência clínica	<input type="checkbox"/> Queimadura	<input type="checkbox"/> Urgência obstétrica
Transferência	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Transferência
Envenenamento	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exame complementar
Afogamento	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Urgência clínica	<input type="checkbox"/> Outros

## MEIO DE LOCOMOÇÃO

A pé	Ônibus	Automóvel	Bicicleta	Capacete
<input type="checkbox"/> Cinto de segurança				
<input type="checkbox"/> Airbag				
<input type="checkbox"/> Assento para criança				

## SINTOMAS

SINTOMAS		OUTRAS PARDES ENVOLVIDAS	
<input type="checkbox"/>	Eufonia	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Capacete
<input type="checkbox"/>	Apneia	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança
<input type="checkbox"/>	Dispneia	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Airbag
<input type="checkbox"/>	Bradipneia	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Assento para criança
<input type="checkbox"/>	Taquipneia		

## SINTOMAS

SINTOMAS	ESTIMATIVA	VALORES	UNIDADES	NOTA
RR	60	3.99	mmHg	
P.P.	58	96	mmHg	
F.C.				
F.R.				
Sat O <sub>2</sub>				
T. Axilar			°C	
Glicemia				
Esc. visual			"DOR"	
Glasgow				

## SINTOMAS

SINTOMAS	ESTIMATIVA	VALORES	UNIDADES	NOTA
RR	60	3.99	mmHg	
P.P.	58	96	mmHg	
F.C.				
F.R.				
Sat O <sub>2</sub>				
T. Axilar			°C	
Glicemia				
Esc. visual			"DOR"	
Glasgow				

## SINTOMAS

SINTOMAS	ESTIMATIVA	VALORES	UNIDADES	NOTA
RR	60	3.99	mmHg	
P.P.	58	96	mmHg	
F.C.				
F.R.				
Sat O <sub>2</sub>				
T. Axilar			°C	
Glicemia				
Esc. visual			"DOR"	
Glasgow				

## SINTOMAS

SINTOMAS	ESTIMATIVA	VALORES	UNIDADES	NOTA
RR	60	3.99	mmHg	
P.P.	58	96	mmHg	
F.C.				
F.R.				
Sat O <sub>2</sub>				
T. Axilar			°C	
Glicemia				
Esc. visual			"DOR"	
Glasgow				

## SINTOMAS

SINTOMAS	ESTIMATIVA	VALORES	UNIDADES	NOTA
RR	60	3.99	mmHg	
P.P.	58	96	mmHg	
F.C.				
F.R.				
Sat O <sub>2</sub>				
T. Axilar			°C	
Glicemia				
Esc. visual			"DOR"	
Glasgow				

## SINTOMAS

SINTOMAS	ESTIMATIVA	VALORES	UNIDADES	NOTA
RR	60	3.99	mmHg	
P.P.	58	96	mmHg	
F.C.				
F.R.				
Sat O <sub>2</sub>				
T. Axilar			°C	
Glicemia				
Esc. visual			"DOR"	
Glasgow				

## SINTOMAS

SINTOMAS	ESTIMATIVA	VALORES	UNIDADES	NOTA
RR	60	3.99	mmHg	
P.P.	58	96	mmHg	
F.C.				
F.R.				
Sat O <sub>2</sub>				
T. Axilar			°C	
Glicemia				
Esc. visual			"DOR"	
Glasgow				

## SINTOMAS

SINTOMAS	ESTIMATIVA	VALORES	UNIDADES	NOTA
RR	60	3.99	mmHg	
P.P.	58	96	mmHg	
F.C.				
F.R.				
Sat O <sub>2</sub>				
T. Axilar			°C	
Glicemia				
Esc. visual			"DOR"	
Glasgow				

## SINTOMAS

SINTOMAS	ESTIMATIVA	VALORES	UNIDADES	NOTA
RR	60	3.99	mmHg	
P.P.	58	96	mmHg	
F.C.				
F.R.				
Sat O <sub>2</sub>				
T. Axilar			°C	
Glicemia				
Esc. visual			"DOR"	
Glasgow				

## SINTOMAS

SINTOMAS	ESTIMATIVA	VALORES	UNIDADES	NOTA
RR	60	3.99	mmHg	
P.P.	58	96	mmHg	
F.C.				
F.R.				
Sat O <sub>2</sub>				
T. Axilar			°C	
Glicemia				
Esc. visual			"DOR"	
Glasgow				

## SINTOMAS

SINTOMAS	ESTIMATIVA	VALORES	UNIDADES	NOTA
RR	60	3.99	mmHg	
P.P.	58	96	mmHg	
F.C.				
F.R.				
Sat O <sub>2</sub>				
T. Axilar			°C	
Glicemia				
Esc. visual			"DOR"	
Glasgow				

## SINTOMAS

SINTOMAS	ESTIMATIVA	VALORES	UNIDADES	NOTA
RR	60	3.99	mmHg	
P.P.	58	96	mmHg	
F.C.				
F.R.				
Sat O <sub>2</sub>				
T. Axilar			°C	
Glicemia				
Esc. visual			"DOR"	
Glasgow				

## SINTOMAS

SINTOMAS	ESTIMATIVA	VALORES	UNIDADES	NOTA
RR	60	3.99	mmHg	
P.P.	58	96	mmHg	
F.C.				
F.R.				
Sat O <sub>2</sub>				
T. Axilar			°C	
Glicemia				
Esc. visual			"DOR"	
Glasgow				

## SINTOMAS

SINTOMAS	ESTIMATIVA	VALORES	UNIDADES	NOTA
RR	60	3.99	mmHg	
P.P.	58	96	mmHg	
F.C.				
F.R.				
Sat O <sub>2</sub>				
T. Axilar			°C	
Glicemia				
Esc. visual			"DOR"	
Glasgow				

## SINTOMAS

SINTOMAS	ESTIMATIVA	VALORES</

	Função do Receptor:  Assinatura do Receptor:  <input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade; <input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou requerendo o transporte para a unidade hospitalar disponibilizada pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade;
	Assinatura do Paciente: <i>Stefanini</i> RG: _____  TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____  TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE							
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partos feitos na maternidade					
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante					
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fratura				
<input type="checkbox"/> Câmla de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos				
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Criotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal				
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Oximetria	<input type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência				
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de órbita	<input type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de fratura				
<input type="checkbox"/> Intubação orotracheal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros: _____				
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelo n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso intracoronário					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FARMACO	DOSE	VIA	HORA	FARMACO	DOSE	VIA	HORA
01 SRL	500ml	EV					
01 gelco 18							
01 Equipo macro							

INSUMOS UTILIZADOS NA OCORRÊNCIA			
03 compressas		motra 93	+ curativo
03 ataduras		ao cuelho	d
04 pares de luva P		alzenei	encalço
04 "	" G	borracho	a sâo sebastião
		em fiel	ao posto d

OBSERVAÇÕES / INSTRUÇÕES			
<p>Vítima mas ± 30°, colisão motorista, envolvendo DV, avaliação primária com lesões faciais de ± 15 cm na face, possivelmente nasal e maxilar (craqçãos) com SSI preservados, e deslocamento faz uma leve bradição a, reagindo protocolo de trauma, colar e prancha cervical, no auxílio com SRL Social Gru ao mº em caro.</p> <p>OSS: entregue com vida. Em tempo aparente queimadura bilateral. Obs: O nome da vítima que informam que um populor com a equipe não respondeu.</p>			

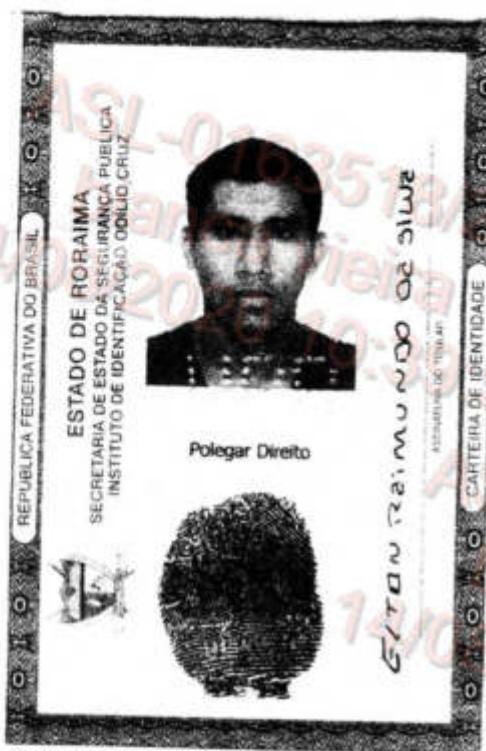
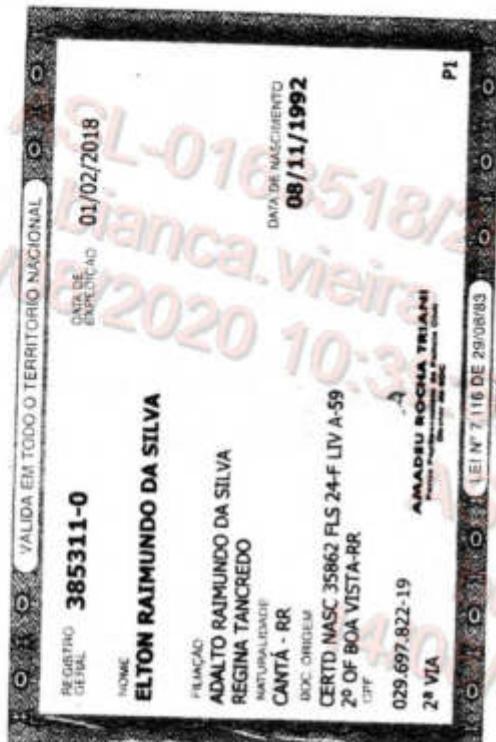


ASL-0163518/20  
bianca.vieira  
14/08/2020 10:42:07

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL  
DATA DE EXPEDICAO 13/10/2016

REGISTRO GERAL 2397.17	NOME WILLIAM GONÇALVES FRANCO
FILIAÇÃO	GERALDO ROCHA FRANCO
MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO	NATURALIDADE
SANTA INÉS - MA	DATA DE NASCIMENTO 09/12/1978
DOC. ORIGEM CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35 2 OF BOA VISTA - RR	AMADEU ROCHA TRIANI Porto Prazeres CEP 6400-000 Fortaleza - CE
825.396.343-20	LEI Nº 7.116 DE 29/08/83
2 VIA	POLÍCIA FEDERATIVA DO BRASIL

ASL-0163518/20  
bianca.vieira  
14/08/2020 10:42:07



ASL-0163518/20  
bianca.vieira  
14/08/2020 10:39:55

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163518/20

Vítima: ELTON RAIMUNDO DA SILVA

CPF: 029.697.822-19

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 09/03/2020

Titular do CPF: ELTON RAIMUNDO DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20**

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

**ELTON RAIMUNDO DA SILVA : 029.697.822-19**

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/06/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:  
NOME: Elton Raimundo da Silva  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO:  RG: 385311-0  
CPF 029.697.822-19 ENDEREÇO: R. Olho de Lobo 257  
BAIRRO: São Bento CIDADE: Boa Vista  
CEP 69.315-631  
VITIMA: Elton Raimundo da Silva  
CPF: 029.697.822-19 DATA DO ACIDENTE:   
NATUREZA: () DAMS () INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:  
NOME: William Gonçalves França  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: Autônomo  
Nº. DO RG: 239717 ORGÃO EMISSOR: SESP-RR  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16  
Nº. DO CPF: 895.396.343-20  
ENDEREÇO: Rua CC 11 295, Lauca Moreira

## **PODERES:**

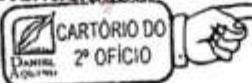
Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, junto a DELEGACIA, em razão de acidente de transito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Bon Vista RR. 07 de 27/04/2020

ELTON RAIMUNDO DA SILVA  
ASSINATURA

### **ASSINATURA**

OBS: Reconhecer por autenticidade.



~~Elton Raimundo da Silva~~

# 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:

Nome completo da vítima:

029.697.822-19 Elton Raimundo da Silva

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

5 - Nome completo:

Elton Raimundo da Silva

6 - CPF:

029.697.822-19

7 - Profissão:

8 - Endereço:

R: dona lucia

9 - Número:

251

11 - Bairro:

12 - Cidade:

Bento

Bento

13 - Estado:

RR

CEP:

69.315-631

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

09113-3855

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:

RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

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

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 000733328 - -D

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

teve filhos?

Não

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (velho/velha)?

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 do atestado

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

X ELTON RAIMUNDO DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015513/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/05/2020 11:12 Data/Hora Fim: 12/05/2020 11:36  
Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 09/03/2020 03:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Raia do Sol

Logradouro: AVENIDA ESTRELA DALVA COM S 2

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ELTON RAIMUNDO DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE )			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade: 27 anos	
Naturalidade: RR - Cantá	Profissão: Administrador		
Estado Civil: Sem Informação			
Nome da Mãe: Regina Tancredo		Nome do Pai: Adalto Raimundo da Silva	

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA DONA LUIZA

Nº: 251

Bairro: SAO BENTO

Telefone: (95) 99177-1003 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição HONDA BROS 150	CPF/CNPJ do Proprietário 036.364.752-07
Placa NAS5289	Renavam 00184352100
Número do Motor KD05E1A000413	Número do Chassi 9C2KD0510AR000413
Ano/Modelo Fabricação 2010/2009	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/NXR150BROS MIX ESD	Modelo HONDA/NXR150BROS MIX ESD
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 17/10/2016
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Elton Raimundo da Silva	Proprietário



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015513/2020

RELATO/HISTÓRICO

REGISTRO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. QUE O COMUNICANTE AFIRMA QUE TRAFEGAVA PELA RESPECTIVA VIA, QUE O COMUNICANTE AFIRMA QUE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO DEVIDO A UM PROBLEMA NA SUSPENSÃO DIANTEIRA DESSE, QUE ABALROOU CONTRA UM POSTE DE CONCRETO, QUE SOFREU ESCORIAÇÕES, QUE FRATUROU A CLAVICOLA DIREITA E MAXILAR FACIAL. RG DO COMUNICANTE 385311-0 CPF: 029 697 822 19

O PRESENTE BOLETIM VERSA REFERENCIA PARA SEGURO DPVAT. É O RELATO. SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

ASSINATURAS

Leonardo Sidou Piedade  
Agente da Polícia  
Matrícula 42000734

Responsável pelo Atendimento

Elton Raimundo da Silva  
(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 devo origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

ASL-0163518/20  
bianca.vieira  
13/08/2020 14:34:00

ASL-0163518/20  
bianca.vieira  
13/08/2020 14:34:00



RORAIMA  
ENERGIA  
S.A.  
Av. Capitão Eze Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.361.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.023-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-I

Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 388/13

0117539-4

Nº da Nota Fiscal: 4444464

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEB foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002. F CAM\*

JANEIRO/2020

06/02/2020

216

129,30

CPF: 00088927016220

REGINA TANCREDO  
R. DONA LUIZA 251 Q. 356 LT 251 - SAO BENTO  
CEP: 69.315-631 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (kWh)

Atual: 24412

Anterior: 24196

Dias de consumo: 32

Constante de Multiplicação: 1.600

Correção média: 71%

Consumo faturado: 21-

DATAS DA LEITURA:

Atual: 06/01/2020

Anterior: 19/12/2019

Próxima leitura: 26/02/2020

Emissão: 17/01/2020

Apresentação: 18/01/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: 1.7.1.1

Classe/Subclasse: RENDA IN. RENDA

Ligação: HOM.

Número Medidor: 2112004

Fonte de Faturamento: N/RS/RI

Modalidade: L. 150::99

#### CONSUMO

30 A R\$ 0,257453 =	7,72
70 A R\$ 0,441354 =	30,89
116 A R\$ 0,662037 =	76,79

#### DESCONTO INDIGENA/QUILOMBOLA

13,44-

#### SUBVENCAO BAIXA RENDA

48,86

#### MULTA POR ATRASO DE I

0,75

#### MULTA POR ATRASO 12/19-00

1,49

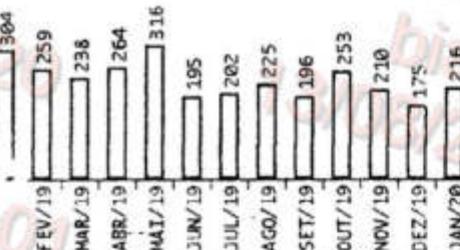
#### JUROS DE MORA DE IMPO 12/19-00

0,02

#### ILLUMINACAO PUBLICA

25,08

304



Média 12 meses:



LIGE 0206709126 E FAÇA O PÔR VENCIMENTO 1 6 11 15 21 26  
Favorável: Até o dia 17/01/2020, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

#### RESERVADO AO FISCO

5A78.A180.1F8D.2226.099E.FBFD.CA27.C91E

#### VALORES COMPOSTOS DA CONTA - R\$

	Energia:	Encargos:	Tributos:
	62,74	3,45	21,63
	27,49		
	Transmissão:	0,98	

#### IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo	-1 ALÍQUOTA	VALOR
115,48	ICMS: 17,60%	19,61
	PIS: 9,00%	8,6-
	COFINS: 1,45%	1,4-

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

	Mês	Trimestre	Ano	Mês	Trimestre	Ano	Mês	Trimestre	Ano
Neutro	8,85	17,70	35,48	8,46	16,92	33,84	4,82	9,62	19,24
Deficit	0,00			0,00			0,00		

Credito DISTRITO

Período de apuração: 11/2019 sub: 44,36

**RORAIMA ENERGIA**

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

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 4853965

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
<b>703494</b>	<b>03/2020</b>	<b>19-FEB-20 a 23-MAR-20</b>
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
<b>675</b>	<b>06-APR-20</b>	<b>R\$ 552,25</b>

**OBSERVAÇÕES**

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

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

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
<b>703494</b>	<b>03/2020</b>	<b>R\$ 552,25</b>

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



ASL-0163518/20  
bianca.vieira  
13/08/2020 14:37:41

ASL-0163518/20  
bianca.vieira  
13/08/2020 14:37:41



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Elton Raimundo dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.697.822-19,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elton Raimundo dos Santos  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.697.822-19, 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 CC 11</u>	Número:	<u>599</u>	Complemento:			
Bairro:	<u>Laura Moreira</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69.318-050</u>
E-mail:	<u>W.Franco092@gmail.com</u>	Tel.(DDD):	<u>99113-3855</u>				

Local e Data: Boa Vista RR 09 de junho de 2020

Assinatura do Declarante

William Gonçalves Franco

# 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:

Nome completo da vítima:

029.697.822-19 Elton Raimundo da Silva

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

5 - Nome completo:

Elton Raimundo da Silva

6 - CPF:

029.697.822-19  
251

7 - Profissão:

8 - Endereço:

R: dona lucia

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

Baú Vista

13 - Estado:

CEP:

RR 69.315-631

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

09113-3855

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:

RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

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

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 000733328-

-D

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

24 - Data de óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim  Não

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

28 - Vítima teve filhos? Sim:  Não:

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro/véio nascido? 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 de autorizado

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

X ELTON RAIMUNDO da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

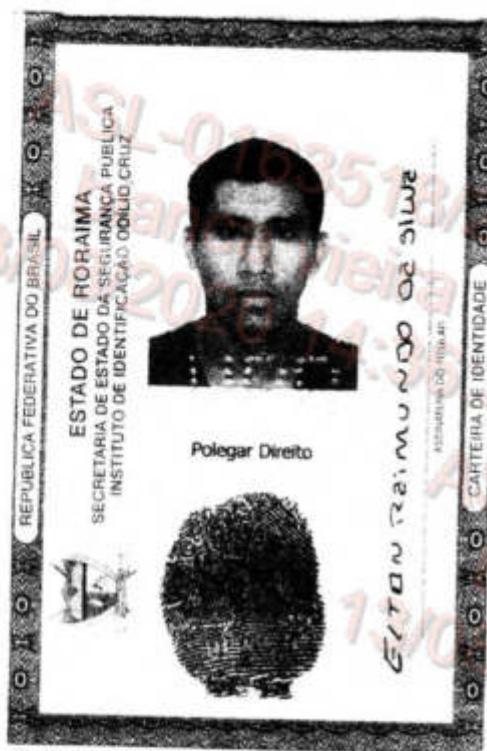
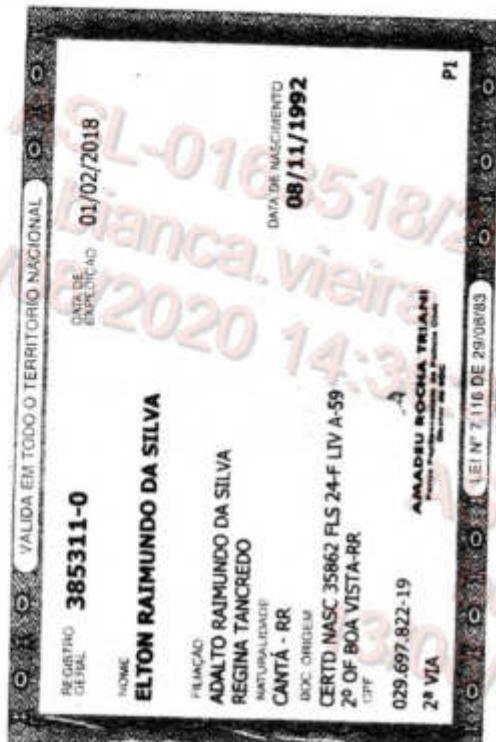
TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





ASL-0163518/20  
bianca.vieira  
13/08/2020 14:36:36



*ASL-0163518/20  
bianca.vieira  
13/08/2020 14:38:04*

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL  
DATA DE EXPEDICAO 13/10/2016

REGISTRO GERAL 2397.17	NOME <b>WILLIAM GONÇALVES FRANCO</b>
FILIAÇÃO	
GERALDO ROCHA FRANCO	
MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO	
NATURALIDADE	
SANTA INÉS - MA	
DOC. ORIGEM	
CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35	
2 OF BOA VISTA - RR	
825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI	
2 VIA LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

*ASL-0163518/20  
bianca.vieira  
13/08/2020 14:38:04*

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163518/20

Vítima: ELTON RAIMUNDO DA SILVA

CPF: 029.697.822-19

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 09/03/2020

Titular do CPF: ELTON RAIMUNDO DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20**

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

**ELTON RAIMUNDO DA SILVA : 029.697.822-19**

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/06/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200210669      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELTON RAIMUNDO DA SILVA      **Data do acidente:** 09/03/2020      **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 17/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TETO ORBITAL BILATERAL E NASAL.  
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 11/16 - LAUDO MÉDICO INFORMA QUE VÍTIMA AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUÍNDΟ-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME:

NACIONALIDADE:

PROFISSÃO:

CPF: 029.697.822-19

BAIRRO: São Benedito

CEP: 69.315-631

ESTADO CIVIL:

RG: 385311-0

ENDERECO: R. 100m Juiz 297

CIDADE: Boa Vista

VITIMA:

CPF: 029.697.822-19

NATUREZA: ( ) DAMS

DATA DO ACIDENTE:

(X) INVALIDEZ

( ) MORTE

OUTORGADA:

NOME:

NACIONALIDADE:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

Nº. DO RG:

DATA DE EMISSÃO:

Nº. DO CPF:

ENDERECO:

ORGÃO EMISSOR:

SESP-RR

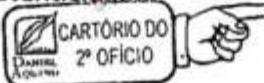
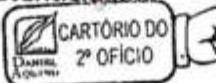
PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidez que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, junto a DELEGACIA, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista RR, 07 de Julho de 2020

ELTON RAIMUNDO da Silva  
ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade.



ELTON RAIMUNDO da Silva