

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: 029.697.822-19 3 - CPF da vítima: 029.697.822-19 4 - Nome completo da vítima: 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: R: dona Luiza 8 - Endereço: 9 - Número: 251 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Bento 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.315-631

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 99113-3855

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 ☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00073328-0

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 (ou 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 (vel 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 à(s) beneficiário(s) 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 acidente

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 09 de junho de 2020

X Elton Raimundo da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gomes Alves
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: Raiar 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

Bairro: SAO BENTO

Telefone: (95) 99177-1003 (Celular)

Nº: 251

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
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

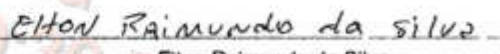
Nº: 015513/2020

RELATO/HISTÓRICO

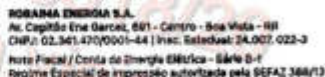
REGISTRO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. QUE O COMUNICANTE AFIRMA QUE TRAFEGAVA PELA RESPECTIVA VIA. QUE O COMUNICANTE AFIRMA QUE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO DEVIDO A UM PROBLEMA NA SUSPENSÃO DIANTEIRA DESSE. QUE ABALROOU CONTRA UM POSTE DE CONCRETO. QUE SOFREU ESCORIAÇÕES. QUE FRATUROU A CLAVICOLA DIREITA 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 de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



4444464

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

JANEIRO/2020

06/02/2020

216

129,30

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

CPF: 00088927016220

| DADOS DE CONSUMO (KWH) | |
|-----------------------------|-------|
| Atual: | 24412 |
| Anterior: | 24194 |
| Dias de consumo: | 30 |
| Constante de Multiplicação: | 1.600 |
| Cobertura medida: | 71% |
| Consumo faturado: | 21 |

| DADOS DA LEITURA: | |
|-------------------|------------|
| Atual: | 29-01-2020 |
| Anterior: | 19-12-2019 |
| Próxima leitura: | 29-02-2020 |
| Emissão: | 17-01-2020 |
| Apresentação: | 20-01-2020 |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | |
|------------------------------|--------------------|
| Grupo/Subgrupo: | 1.7.1.1 |
| Classe/Subclasse: | REBID - R.N. REDEA |
| Ligação: | HOM |
| Número Medidor: | 291204 |
| Forma de Faturamento: | W9994 |
| Modalidade: | L 154-1199 |

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
SUBVENCAO BAIXA RENDA

48.86

Multa por atraso de I 12/19-00

0.75

MUL TA POR ATRASO 12/19-00

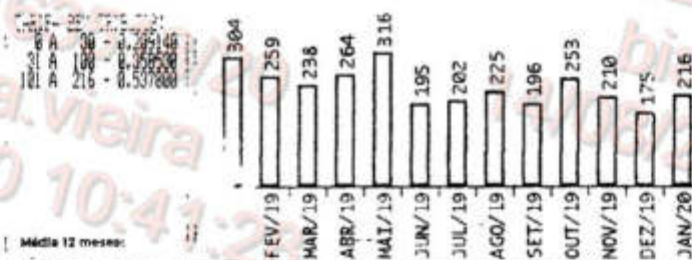
1.49

JUROS DE MORA DE IMPO 12/19-00

0,02

ILUMINACAO PUBLICA

25.08



Media 12 meses:



**MENSAGENS
IMPORTANTES**

REAVISO DE VENCIMENTO

213.E 02067019120 E FACA OPOAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

Parabéns! Até o dia 17/01/2026, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

5A78, A180, 1F8D, 2226, 099E, FBFD, CA27, C91E

| | | | |
|--------------|-------|-----------|-------|
| Energia: | 62,74 | Encargos: | 3,45 |
| | 27,49 | Tributos: | 21,43 |
| Transmissão: | 0,90 | | |

| | ALÍQUOTA | VALOR |
|------------------|----------|-------|
| Base de Cálculo: | | |
| ICMS: | 17,80% | 19,63 |
| PIS: | 9,31% | 0,00 |
| COFINS: | 1,45% | 1,58 |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE | | | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------|----------------------|------------|-------|---------|-------|
| T | | | F | | | M | |
| Menor | Trimestral | Anual | Menor | Trimestral | Anual | Menor | Menor |
| 8,85 | 17,70 | 35,40 | 8,46 | 16,92 | 33,84 | 4,82 | |
| 0,00 | | | 0,00 | | | 0,00 | |
| DISTRITO | | | Período de apuração: | | | 11/2019 | 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 703494 | MÊS 03/2020 | PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20 |
| CONSUMO (kWh) 675 | VENCIMENTO 06-APR-20 | TOTAL A PAGAR R\$ 552,25 |

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 703494 | MÊS 03/2020 | TOTAL A PAGAR R\$ 552,25 |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------|

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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/BIBLIOTECASWEB/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 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 Raemundo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.697.822 / 19

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elton Raemundo da Silva

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>294</u> | Complemento: _____ |
| Bairro: <u>Laura Moreira</u> | Cidade: <u>Bom União</u> | Estado: <u>RR</u> |
| E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u> | CEP: <u>69.318-050</u> | Tel.(DDD): <u>99113-3855</u> |

Local e Data: Bom União 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: 029.697.822-19 3 - CPF da vítima: 029.697.822-19 4 - Nome completo da vítima: 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: R: dona Luiza 8 - Endereço: 9 - Número: 251 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Bento 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.315-631

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 99113-3855

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 ☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00073328-0

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 (ou 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 (vel 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 à(s) beneficiário(s) 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 acidente

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 09 de junho de 2020

X Elton Raimundo da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gomes Alves
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



ASL-0163518/20
bianca.vieira
14/08/2020 10:37:23

ASL-0163518/20
bianca.vieira
14/08/2020 10:37:23

ASL-0163518/20
bianca.vieira
14/08/2020 10:37:23

ASL-0163518/20
bianca.vieira
14/08/2020 10:37:23

ASL-0163518/20
bianca.vieira
14/08/2020 10:37:23

ASL-0163518/20
bianca.vieira
14/08/2020 10:37:23

ASL-0163518/20
bianca.vieira
14/08/2020 10:37:23

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|------------------------------------|--|---|--|-----------------|------------|-----------------|--|
| 2001228600 | | 09/03/2020 08:33:08 | | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA | | | | NOTURNO 19- | | 6 | |
| Paciente | | Data Nascimento | | Idade | | CNS | | CPF | | Prontuário | |
| ELTON RAIMUNDO DA SILVA | | 08/11/1992 | | 27 A 4 M 1 D | | | | 02969782219 | | | |
| Tipo Doc | | Documento | | Órgão Emissor | | Data Emissão | | Sexo | | Estado Civil | |
| IDENTIDADE | | 3853110 | | SSP/RR | | 13/11/2008 | | M | | NAO | |
| Mãe | | REGINA TANCREDO | | Endereço | | RUA - ELCLIDES GOMES DA SILVA - 1538 - ALVORADA - BOA VISTA - RR | | Naturalidade | | CANTA - RR | |
| | | | | | | | | Contato | | (95) 99127-0299 | |
| | | | | | | | | | | Ocupação | |
| Class. de Risco | | Plano Convênio | | Nº da Carteira | | Validade | | Autorização | | Sis Prenatal | |
| ACIDENTE DE MOTO | | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | | | | | | | | | |
| Motivo do Atendimento | | Caráter do Atendimento | | Profissional do Atend. | | Procedência | | Temp. | | Peso | |
| Setor | | Tipo de Chegada | | Procedimento Sol. | | | | Registrado por: | | ADAO | |
| GRANDE TRAUMA | | SAMU CAPITAL | | | | | | | | | |
| Queixa Principal | | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue | | | | | | | | | |
| Anamnese de Enfermagem | | GSC | | TOTAL | | | | | | | |
| | | AO: 1 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 | | 11 | | | | | | | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) | | | | | | | | | | | |
| Paciente trazido pelo SAMU, imobilização + contenção em prancha após queda de moto com trauma em região | | | | | | | | | | | |
| Exame Físico | | | | | | | | | | | |
| Fronha de APNOX 10 cm. Agitado, desorientado Glasgow 11, mobiliza os membros superiores | | | | | | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica | | | | | | | | | | | |
| Lesão das vértebras para tomografia que foi impossível realizar em virtude de agitação e vômitos durante o | | | | | | | | | | | |
| SADT - Exames Complementares | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> RAO - X <input type="checkbox"/> ULTRA-SOM <input checked="" type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: | | | | | | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO | | | | | | APRAZAMENTO | | | OBSERVAÇÃO | | |
| MORFINA 5 mg IV 08:30 | | | | | | | | | | | |
| MORFINA 5 mg IV 09:45 | | | | | | | | | | | |
| Cuidados de enfermagem | | | | | | | | | | | |
| Condução | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: | | | | | | Data e Hora da Saída/Alta: / / | | | | | |
| Óbito | | | | | | | | | | | |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | | | | Destino: <input type="checkbox"/> Família <input checked="" type="checkbox"/> Medicina Patológica | | | | | |
| Assinatura do Paciente ou Responsável | | | | | | Assinatura do Médico | | | | | |
| Impresso por: adao | | | | | | | | | | | |
| Data Hora: 09/03/2020 06:34:10 | | | | | | | | | | | |
| 2001228600 2001228600 | | | | | | | | | | | |

09/03/2020 Quoddingia

Acidente de trânsito com múltiplas fraturas de ossos do face e membros inferiores com fraturas; não há lesão hemorrágica ou isquêmica intracraniana; permanecendo sem alteração de nível de consciência. GCS/E, pupila esquerda e direita 4mm, reage a luz. CD: Sem chance neurológica.

Simão L.
Neurocirurgião
CRM-RR 1225

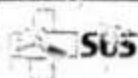
#BMF# 18:35h 09/03/2020

- Paciente vítima de acidente motociclístico, no momento encontrado-se consciente, orientado, eupneico, normocorado, e eútero. Ao exame físico apresenta ferimento penetrante em região frontal + hematoma periorbitário bilateral. Ao exame TC apresenta fratura compatível com fratura de ossos da face (Maxila + teto de órbita bilateral + frontal + ossos nasais).

- QD: ① Avaliação
② Intervenção hospitalar.

Ricardo Lourenço
Cirurgião Maxilofacial
BuccoMaxiloFacial
CRO-RR 1225





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLOCO A

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HGR

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ELTON RAIMUNDO DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

179081

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/11/1992

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

11 - NOME DA MÃE

REGINA TANCREDO

12 - TELEFONE DE CONTATO

15991270295

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Alcebades Gomes da Silva, 1538, Alameda

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

14000 R/R

18 - UF

RR

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente apresentando edema e hematoma em região periorbitária D e E + mobilidade em maxila

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade cirúrgica

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

EXAME FÍSICO + TC



23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de frontal e maxila

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

(X) CPF

04260270435

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Ricardo Lourenço

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/03/2020

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

Ricardo Lourenço

Cirurgião de Traumatologia

CRM 1225

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APRESENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

9/3/20

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

Marcos Roberto B. de Santana

Coordenador Técnico HGR

CRM 1225



CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

| Nome | ELTON RAIMUNDO DA SILVA | | | LEITO | DATA | 09/03/2020 | | | |
|--|---|-----|-----|-------|-----------------------------|----------------------|------|------------|----------|
| 1 | DIETA LÍQUIDA/PASTOSA | | | SNB | FRATURA DO FRONTAL + MAXILA | | | | |
| 2 | SF 0,9% 1000ml E.V. | | | | EVOLUÇÃO MÉDICA | | | | |
| 3 | SG 5% 500 ml E.V. | | | | | | | | |
| 4 | CEFTRIAXONA 1g E.V. 12/12h | | | | | | | | |
| 5 | TILATIL 20mg E.V. 12/12h | | | | | | | | |
| 6 | DEXAMETASONA 4mg E.V. 8/8h | | | | | | | | |
| 7 | DIPIRONA 2cc + 8cc AD E.V. 6/6h | | | | | | | | |
| 8 | PLASIL 01 FA E.V. 8/8h S/N | | | | | | | | |
| 9 | OMEPRAZOL 20mg E.V. 1 X DIA JEIUM | | | | | | | | |
| 10 | HIGIENE BUCAL COM CLOREXIDINA A 0,12% 3 X DIA | | | | | | | | |
| 11 | SSV + CCGG | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | |
| <p><i>Ricardo Lourenço</i> Cirurgião Bucal, 12256 CRO-RR</p> | | | | | | | | | |
| SINAIS VITAIS | | | | | | | | | |
| HORÁRIO | | 12H | 18H | 24H | DEXTRO | INSULINA REGULAR | HORA | DEXTRO 06H | INSULINA |
| PA | | | | | < 70 | GLUCOSE 50% 40 ML EV | | | |
| FC | | | | | < 200 | 0 UI - SC | | | |
| TEMPERATURA | | | | | 201-250 | 02 UI - SC | | | |
| FR | | | | | 251-300 | 04 UI - SC | | | |
| DIURESE | | | | | 301-350 | 06 UI - SC | | | |
| EVACUAÇÃO | | | | | 351-400 | 08 UI - SC | | | |
| CURATIVO | | | | | > 400 | 10 UI - SC | | | |



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: _____
NOME: Elton Ramundo da Silva
IDADE: _____ REGISTRO: _____
BLOCO: A ENFERMARIA: 106 LEITO: 03
UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: Bucmaxilo

PARA: Ortopedia

Dados Clínicos:

Paciente vítima de acidente motociclístico apresentando dor em região clavicular (D) e limitação de movimentos. Solicito avaliação e conduta.

Grato.

11/03/2020

Data

Bruno Araújo da Silva
CRM-RR 7117

Médico

Não está no Jato
Sem Rx.

Avaliação com Rx

11/03/2020

Data

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

Médico



FICHA DE ACOLHIMENTO

| | | | |
|---|--|--|-----------------|
| 1 - IDENTIFICAÇÃO | | | |
| Data da internação: <u>11/03/2020</u> | Data do Acolhimento: <u>11/03/2020</u> | | |
| Setor: <u>Bloco A</u> | Leito: <u>306-03</u> | | |
| Nome: <u>Elton Acunimato da Silva</u> | Idade: <u>39</u> | | |
| Nacionalidade: <u>Brasileira</u> | Sexo: <u>() F (x) M</u> | | |
| Estado Civil: <u>() Solteiro (x) Casado () Viúvo () Separado () União Estável () Outro:</u> | Nº de Filhos: <u>—</u> | | |
| Empregado: <u>() Sim () Não</u> | Profissão: <u>—</u> | | |
| Religião: <u>() Católico () Evangélico () Testemunha de Jeová () Budista () Nenhuma () Outra:</u> | | | |
| Onde reside: <u>Boa Vista</u> | Com quem reside: <u>() Pais () Cônjuge () Só () Filhos () Outros:</u> | | |
| Informante: <u>() Próprio paciente (x) Acompanhante () Outro:</u> | | | |
| Pessoa (s) de Referência 1 - <u>—</u> | Vínculo: <u>—</u> Tel.: <u>—</u> | | |
| Pessoa (s) de Referência 1 - <u>—</u> | Vínculo: <u>—</u> Tel.: <u>—</u> | | |
| 2 - INTERNAÇÃO E DIAGNOSTICO | | | |
| Motivo da internação: <u>—</u> | | | |
| História da Doença: <u>—</u> | | | |
| Tem conhecimento de seu diagnóstico: <u>() Sim () Não</u> | Compreende a necessidade do tratamento: <u>() Sim () Não</u> | | |
| 3 - LIMITAÇÕES | | | |
| <u>() Sim () Não - Se SIM, assinalar limitação: () Auditiva () Visual () Motora () Fala () Outra:</u> | | | |
| 4 - ACOMPANHAMENTO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO | | | |
| Acompanhante presente: <u>(x) Sim () Não - Se SIM, quem: () Pais (x) Cônjuge () Filho (a) () Outros:</u> | | | |
| 5 - ASPECTOS EMOCIONAIS E COGNITIVOS | | | |
| Alteração no nível de consciência | SIM () NÃO (x) | Choro frequente | SIM () NÃO (x) |
| Queixa-se de tristeza e solidão | SIM () NÃO (x) | Transtorno emocional evidente | SIM () NÃO (x) |
| Expressão de afeto condizente | SIM () NÃO (x) | Consciência de morbidade | SIM () NÃO (x) |
| Linguagem fluente | SIM () NÃO (x) | Linguagem coerente/organizada | SIM () NÃO (x) |
| Atenção preservada | SIM () NÃO (x) | Memória preservada | SIM () NÃO (x) |
| Pensamento organizado | SIM () NÃO (x) | Orientação auto/alopsíquica preservada | SIM () NÃO (x) |
| Adequação do sono | SIM () NÃO (x) | Adequação da alimentação | SIM (x) NÃO () |
| OBS.: <u>—</u> | | | |
| Abuso de substância: <u>(x) Não tem histórico () Alcool () Tabaco () Drogas</u> | | | |
| 6 - REFERENTE À EQUIPE DE SAÚDE E INTERNAÇÃO | | | |
| Recusa/ resistência ao cuidado ou tratamento: <u>() SIM () NÃO</u> | | Adaptação à internação: <u>() SIM NÃO ()</u> | |
| 7 - PROCEDIMENTO ADOTADO | | | |
| Acompanhamento: <u>() Paciente () Familiar () Alta psicológica</u> | | | |
| Encaminhamento: <u>() CAPS II ou III () CAPS AD () UBS () Outro:</u> | | | |
| 8 - INFORMAÇÕES ADICIONAIS: | | | |
| <p><u>paciente demonstrando no início do atendimento exteriorizado para a equipe de saúde que relatou que o apoio não estava no momento das internações referente ao biológico, que não mais quer estar aguentando tanta dor com essas coisas nos próximos dias (se). Foi realizada a visita que foi difícil ouvir o paciente quanto ao processo de imigração e hospitalar. Foi acompanhado pelo psicólogo.</u></p> | | | |

RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO: —

DATA: 11/03/2020



106-3

GOVERNO DE
RORAIMA
Hospital Geral de
Roraima

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 | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 220-3 | DATA | 11/03/2020 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA LÍQUIDA/PASTOSA VO | | | | SIND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | monter |
| 3 | SF 0.9% 500 ML EV 12/12H | | | | 12 24 |
| 4 D2 | CEFTRIAXONA 1G EV 12/12 H | | | | 12 24 |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H | | | | 12 24 |
| 6 | TENOXICAN 20 MG EV 12/12 H | | | | 12 24 |
| 7 | TRAMADOL 100MG EV 8/8H EV LENTO | | | | 12 24 |
| 8 | PLASIL 1 AMP EV 8/8 H SN | | | | 12 24 |
| 9 | OMEPRAZOL 20MG EV 1X DIA | | | | 12 24 |
| 10 | HIGIENE ORAL 3X POR DIA | | | | 12 24 |
| 11 | SSVV+CCGG | | | | 12 24 |
| 12 D2 | DEXAMETASONA 4MG (EV) 08/08h | | | | 12 24 |
| 13 | | | | | |
| 14 | Bruno Araújo da Silva Cirurgião Especialista em Otorrinolaringologia 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 | | | | |
| 12 H | 123 x 77 | 77 | | 37,2°C |
| 18 H | 116 x 70 | 77 | 19 | 37°C |
| 24 H | | | | |

Dr. BRUNO ARAÚJO
CRO/RR 717
Cirurgião Bucomaxilofacial

12h - P.O. no leito, sem queixas algícas, aferido SSVV,

As 18:00h Paciente no leito, aferido SSVV
segue sem queixas nas condições da
equipe de enfermagem

Rosilene Garcia P. Mende
Técnica de Enfermagem
CRO/RR 717

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: ELTON CARVALHO

Leito: 106-3

Data: 11/03/2020

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Localização | | Região: <u>CABEÇA</u> Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>) | | Região: _____ Grau: I () II () |
| Etiologia | () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (<input checked="" type="checkbox"/>) Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: | () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: | () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: | () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: |
| Aparência do Leito | () Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____ | () Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____ | () Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () 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 (<input checked="" type="checkbox"/>) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____ | () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____ | () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____ | () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____ |
| Tipo de Exsudato | () Molhado (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70% (<input checked="" type="checkbox"/>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel (<input checked="" type="checkbox"/>) Outro: <u>Ale</u> | () Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____ | () Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____ | () Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____ |
| Cobertura primária | () 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h | () 12/12 () Diário () 48/48h | () 12/12 () Diário () 48/48h | () 12/12 () Diário () 48/48h |
| Profissional que realizou procedimento: | <u>Adrielle Vieira Araújo</u> Enfermeira em Enfermagem COREN-RR 507 795/TE | <u>Elisclara Carneiro Colatto</u> Enfermeira em Feridas COREN-RR 488.573-ENF | | |
| Observações: | | | | |



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Clínica de Cirurgia Bucocomaxilofacial
PRESCRIÇÃO DIÁRIA

106-3

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM ☐

| NCME | Elton Raimundo Da Silva | LEITO | 106-3 | DATA | 12/03/20 |
|-----------------------|--|----------|----------|----------|----------|
| 1 | Dieta líquida pastosa VO | | | | |
| 2 | AVP-SF 0,9% 500ml EV 8/8h | | | | |
| 3 | Ceftriaxona 1g EV 12/12h | | | | |
| 4 | Tenoxicam 20 mg EV 12/12h | | | | |
| 5 | Dexametasona 4 mg EV 12/12h | | | | |
| 6 | Dipirona 1g EV 6/6h | | | | |
| 7 | Omeprazol 20mg EV 1x dia | | | | |
| 8 | Piasil 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 | SSV+CCGG | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| SINAIS VITAIS | | | | | |
| HORÁRIO | 12H | 18H | 24H | 06H | DEXTRO |
| PA | 135 x 81 | 130 x 80 | 122 x 60 | 141 x 78 | < 70 |
| FC | 81 | 80 | 80 | 82 | < 200 |
| TEMPERATURA | 35,8°C | 36 | 36 | 36 | 201-250 |
| FR | | | | | 251-300 |
| DIURESE | + | + | + | + | 301-350 |
| EVACUAÇÃO | - | - | - | - | 351-400 |
| CURA TIVO | | | | | > 400 |
| Insulina Regular | | | | | |
| Glicose 50% 40 ml EV | | | | | |
| 0 UI - SC | | | | | |
| 02 UI - SC | | | | | |
| 04 UI - SC | | | | | |
| 06 UI - SC | | | | | |
| 08 UI - SC | | | | | |
| 10 UI - SC | | | | | |
| CHAVES: R PLANTONISTA | | | | | |
| HORA | | | | | |
| DEXTRO | | | | | |
| INSULINA | | | | | |

Dr. Sérgio T. Lessa
Clínica Bucocomaxilofacial
CRM 334

Plano de tratamento
Estomatológico em
unidade 3300.

Clínica Bucocomaxilofacial
12/03/2020

12. com líquido SSV,
adm. em med. SSV,

Anotações da Enfermagem

HD Teto orbita +bilateral frontal
nasal



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 CLAVÍCULA D. SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA - GRATO.
RX - NO SISTEMA

12/03/2020

Data

Dr. Sérgio T. Assunção
Cir. Bucomaxilofacial
CRM 334

Médico(a)

Foram obtidos os exames de
Raio X de clavícula direita
e esquerda. Exames em anexo.

12/03/2020

Data

médico

Verão



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE BUCOMAXILOFACIAL
PRESCRIÇÃO DIÁRIA

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

106-3

| NOME | | Elton Raimundo da Silva | | | LEITO | 106-3 | DATA | | 12/03/2020 | |
|---------------|---|-------------------------|--|--|----------|-------|--------------------|--|------------|--|
| 1 | Dieta líquida pastosa VO | | | | SWP | | | | | |
| 2 | AVP | | | | madeira | | | | | |
| D4 | Ceftriaxona 1g EV 12/12 hs | | | | 10:37:39 | | | | | |
| D4 | Tenoxicam 20 mg 12/12 hs | | | | 10:37:39 | | | | | |
| D4 | Dexametasona 4 mg 8/8 hs | | | | 10:37:39 | | | | | |
| 6 | Plasil 10mg de 8/8h SN | | | | 10:37:39 | | | | | |
| 7 | Omeprazol 40mg EV 1x/dia | | | | 10:37:39 | | | | | |
| 8 | TRAMADOL 100 MG DE 8/8 HS, EV S/N | | | | 10:37:39 | | | | | |
| 9 | Higiene oral com digluconato de clorexidina 0,12% 3 x dia | | | | 10:37:39 | | | | | |
| 10 | cabeceira elevada 30° | | | | 10:37:39 | | | | | |
| 11 | SSV + CCGG | | | | 10:37:39 | | | | | |
| 12 | | | | | 10:37:39 | | | | | |
| 13 | | | | | 10:37:39 | | | | | |
| 14 | | | | | 10:37:39 | | | | | |
| 15 | | | | | 10:37:39 | | | | | |
| 16 | | | | | 10:37:39 | | | | | |
| SINAIS VITAIS | | | | | DEXTRO | | INSULINA Regular | | HORA | |
| HORÁRIO | | | | | 12H | | 18H | | 24H | |
| PA | | | | | 120/70 | | 130/80 | | 130/70 | |
| FC | | | | | 65 | | 65 | | 65 | |
| TEMPERATURA | | | | | 36.5°C | | 36.5°C | | 36.5°C | |
| FR | | | | | + | | + | | + | |
| DIURESE | | | | | + | | + | | + | |
| EVACUAÇÃO | | | | | + | | + | | + | |
| CURATIVO | | | | | + | | + | | + | |
| | | | | | >400 | | CHAMAR PLANTONISTA | | | |

12/03/2020
13/03/2020
14/03/2020

10:37:39

10:37:39



of

51
ein
0:3

| NOME | | ELTON RIMUNDO DA SILVA | | LEITO | | DATA | |
|---|-----------------------------|------------------------|--|---|--|------------|--|
| | | | | | | 14/03/2020 | |
| 1 | Dieta líquida/Pastosa | | | | | | |
| 2 | AVP + SF 0,9% 500ml EV 8/8h | | | | | | |
| 3 | Ceftriaxona 1g EV 12/12h | | | | | | |
| 4 | Dexametasona 4 mg EV 8/8h | | | | | | |
| 5 | Dipirona 1g EV 6/6h | | | | | | |
| 6 | Tenoxicam 20mg EV 12/12h | | | | | | |
| 7 | Omeprazol 40mg EV 1x dia | | | | | | |
| 8 | Plasil 01 Amp EV 8/8h | | | | | | |
| 9 | Higiene oral 3x dia | | | | | | |
| 10 | Higiene corporal 1x dia | | | | | | |
| 11 | Capceira elevada 30° | | | | | | |
| 12 | SSV +CCGG | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| SINAIS VITAIS | | | | Anotações da Enfermagem | | | |
| HORÁRIO 12H 18H 24H 06H PA 124x18 124x18 130x80 103/65 FC 63 69 60 66/65 TEMPERATURA 36,5 36,6 36,5 36,5 FR 36,5 36,5 36,5 36,5 DIURESE EVACUAÇÃO CURATIVO | | | | DEXTRO < 70 Glicose 50% 40 ml EV 0 UI - SC 02 UI - SC 04 UI - SC 06 UI - SC 08 UI - SC 10 UI - SC CHAMAR PLANTONISTA > 400 | | | |
| Dr. Sérgio R. da Silva Cirurgião Geral CRM 100.000 | | | | feito SSV + medicação cpm. Tce Diana De 12:00 às 13:00 De 13:00 às 14:00 De 14:00 às 15:00 De 15:00 às 16:00 De 16:00 às 17:00 De 17:00 às 18:00 De 18:00 às 19:00 De 19:00 às 20:00 De 20:00 às 21:00 De 21:00 às 22:00 De 22:00 às 23:00 De 23:00 às 00:00 | | | |

HGR

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

46-03
DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO DA CTBMF

PACIENTE ELTON RAIMUNDO DA SILVA

ALOJAMENTO

LEITO 106-3

CONVÊNIO

FRATURA DE TETO DE ORBITA BILATERAL +

NASAL

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO MÉDICA

15/03/20

1) DIETA LÍQUIDA/PASTOSA VO

2) AVP

D6

3) CEFTRIAXONA 1g EV 12/12h

4) DIPIRONA 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


HORÁRIO

#BMF# 7º DIH

Paciente evolui estável, no momento encontra-se consciente, orientado, eupneico, normocorado e EGBom. Ao exame físico apresenta ferimento extenso suturado em região de frontal.

CD: Segue aguardando oportunidade cirúrgica pela BBMF.


Ricardo Lourenço
Cirurgião e Traum. Ortop.
Bucodentário
CRM-RR 12226


Ricardo Lourenço
Cirurgião e Traum. Ortop.
Bucodentário
CRM-RR 12226

10h: PR 120x80 18h: PR 120x80
PI 72 PI 81
PR 36°C 7:36 1°C

24h: PR 110x80 18h: PR 110x80
PI 72 PI 81
PR 36°C 7:36 1°C
Atendo SSV. ADM. as mudanças
de humio com. Sem guias
as curvas da infirmação
de 100% de recuperação
de 100% de recuperação



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL
PRESCRIÇÃO DIÁRIA

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

| NOME | | Elton Raimundo da Silva | | | | LEITO | Bloco 106-3 | DATA | 17/03/20 | | |
|---------------|--|-------------------------|--------|--------|--------|---------|----------------------|------|-----------------------------------|--------|----------|
| 1 | Dieta líquida/pastosa VO | | | | | SND | | HD | Fratura de teto de orbita + nasal | | |
| 2 | AVP | | | | | | | | | | |
| 7 | Dipirona 1g EV 6/6h | | | | | | | | | | |
| 8 | Plasil 1 amp EV 8/8h SN | | | | | | | | | | |
| 9 | Tramadol 100 mg EV + SF 0,9% 100ml 12/12h | | | | | | | | | | |
| 10 | Omeprazol 20mg EV ou VO 1x ao dia | | | | | | | | | | |
| 14 | Higiene oral com digluconato de clorexidina 0,12% 3x/dia | | | | | | | | | | |
| 15 | Cabeceira elevada a 30° ou 45° | | | | | | | | | | |
| 16 | SSVV +CCGG | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | |
| SINAIS VITAIS | | | | | | DEXTRO | Insulina Regular | HORA | | DEXTRO | INSULINA |
| HORÁRIO | | 12H | 18H | 24H | 06H | < 70 | Glicose 50% 40 ml EV | | | | |
| PA | | 120x70 | 118/74 | 120x90 | 120x90 | < 200 | 0 UI - SC | | | | |
| FC | | 70 | 76 | 95 | 95 | 201-250 | 02 UI - SC | | | | |
| TEMPERATURA | | 36°C | 36,5°C | 36,2°C | 36,3°C | 251-300 | 04 UI - SC | | | | |
| FR | | 20 | - | - | - | 301-350 | 06 UI - SC | | | | |
| DIURESE | | + | + | - | - | 351-400 | 08 UI - SC | | | | |
| EVACUAÇÃO | | | | | | | 10 UI - SC | | | | |
| CURATIVO | | | | | | >400 | CHAMAR PLANTONISTA | | | | |

11h Realizado medicação
SSVV CPM - líquida.

18h Realizado medicação
SSVV CPM - líquida.

Aplicado SSVV. Adm. ao medicamento
de hemis com queixas,
Seguindo curativos da emb.

Prescrição Médica de 08
09/03/2020 10:37:39



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, vítima 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,

[Assinatura]
Dra. Silvana R. R. da Silva
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO: 822/RR

17/03/2020, Boa Vista - Roraima.

14/03/20

Paciente G de 27 anos de idade, vítima de acidente de trânsito com fratura da clavícula (L) com fratura da costela consecutiva. Imobilização br. para L. analgesia e acompanhamento ambulatorial por Ortopedia. fratura da clavícula vai temporizar. Histo M; História e Exame. Das MMS de

[Assinatura]
Dr. Odilach Okem
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18574/RP

Data:

Assinatura:

106-3



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



| | | | |
|--|---|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DPO |
| PACIENTE <u>Edson Raimundo de Siqueira</u> | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA |
| IDADE | LEITO | DATA | 18/03/2020 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | |
| 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 | TENOXICAN 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 | | | |
| 14 | Bruno Araújo de Siqueira Cirurgião Bucomaxilofacial 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:

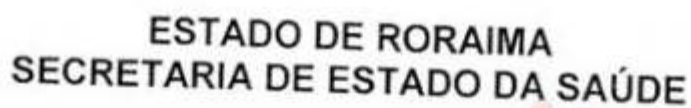
PREVISÃO DE ALTA: ____/____/____

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

Dr. BRUNO ARAÚJO
CRO/RR 717
Cirurgião Bucomaxilofacial

às 12:00h Paciente no leito, afei do
 SSVV. segue sem queixas aos cuida-
 dos da equipe de enfermagem.
 Rosilene Garcia P. Mendes
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 552.039-TE

Dificuldade de
 reativação do-



EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

[illegible]



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 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 Rêtz da Silva
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRM 8267/R

Ass. Cirurgião (CRO)



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE BUCOMAXILOFACIAL
PRESCRIÇÃO DIÁRIA

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

10633

| NOME | Elton Raimundo da Silva | LEITO | 106-3 | DATA | 19/03/2020 |
|---|---|---------|----------------------|------|------------|
| 1 | Dieta líquida/ pastosa VO | | | | |
| 2 | AVP | | | | |
| 3 | Dipirona 1g EV 6/6 hs | | | | |
| 4 | Plasil 10mg de 8/8h SN | | | | |
| 5 | TRAMADOL 100 MG DE 8/8 HS, EV S/N | | | | |
| 6 | Higiene oral com digluconato de clorexidina 0,12% 3 x dia | | | | |
| 7 | cabecceira elevada 30° | | | | |
| 8 | SSV + CCGG | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | Aos cuidados da ortopedia - avisar | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | Taquicardia de Alta hospitalar | | | | |
| 14 | para quem é hipotensão | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| SINAIS VITAIS Dr. Sílvia Ruiz da S. Coord. Bucomaxilofacial CRP 806/RR | | | | | |
| HORÁRIO | | 12H | 18H | 24H | 06H |
| PA | | 121/64 | | | |
| FC | | 68 | | | |
| TEMPERATURA | | 36,1°C | | | |
| FR | | | | | |
| DIURESE | | | | | |
| EVACUAÇÃO | | | | | |
| CUPATIVO | | | | | |
| DEXTRO | | < 70 | Insulina Regular | | |
| | | < 200 | Glucose 50% 40 ml EV | | |
| | | 201-250 | 0 UI - SC | | |
| | | 251-300 | 02 UI - SC | | |
| | | 301-350 | 04 UI - SC | | |
| | | 351-400 | 06 UI - SC | | |
| | | > 400 | 08 UI - SC | | |
| | | | 10 UI - SC | | |
| | | | CHAMAR PLANTONISTA | | |

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

BEG, LOTE, eufórico, alta de
maxilar + acompanhamento até chegada
de DPM para realizar cirurgia.

Alta da Otorrinolaringologia, conforme parecer
solicitado.

BV: 20.03.20


Dra. Silvana Ruiz da Silva
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRC: 826/RR

Elton R do Sfla
27ans - 11/03/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020



ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

DATA 1 / 1

NOME DO PACIENTE: CLITON RAIMUNDO DA SILVA

SINAIS VITAIS

| HORA | TAX | FC | FR | SpO ₂ | P.A. | HORA | TAX | FC | FR | SpO ₂ | P.A. | HORA | TAX | FC | FR | SpO ₂ | P.A. |
|-------|------|----|----|------------------|--------|------|-----|----|----|------------------|------|------|-----|----|----|------------------|------|
| 07:00 | 36.2 | 93 | 19 | -- | 121x74 | : | | | | | | : | | | | | |
| : | | | | | | : | | | | | | : | | | | | |
| : | | | | | | : | | | | | | : | | | | | |
| : | | | | | | : | | | | | | : | | | | | |
| : | | | | | | : | | | | | | : | | | | | |
| : | | | | | | : | | | | | | : | | | | | |

Francisca Alves Oliveira
COREN-PR 467366 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 | | | | | | | | | |

Enfermeiro Matutino

Enfermeiro Vespertino

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 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
CRC: 826/RR

Ass. Cirurgião (CRO)

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

0430:



BRAVO III

EQUIPE: Jaqueline Josué Ribeiro

Paciente:

2 em

Idade: 30 Sexo: M

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

Bairro:

DATA: 03/08/2020

HORA: 03:43

BASE: VIA []

RÁDIO

HORA: 03:51

[] CELULAR

MOTIVO:

Queda de moto

DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora []

1 a 3 horas []

4 a 24 horas []

Mais de 24 horas []

Não sabe []

TIPO DE OCORRÊNCIA: []

| | | |
|---------------------------|----------------------|-------------------------|
| [] Urgência psiquiátrica | [] Queimadura | [] Urgência obstétrica |
| [] Tentativa de suicídio | [] Choque elétrico | [] Transferência |
| [] Envenenamento | [] Queda | [] Exame complementar |
| [] Afogamento | [] Urgência clínica | [] Outros |

| MEIO DE LOCOMOÇÃO | OUTRA PARTE ENVOLVIDA | OUTROS |
|-------------------|-----------------------|--------------------------|
| [] A pé | [] Automóvel | [] Capacete |
| [] Automóvel | [] Motocicleta | [] Cinto de segurança |
| [] Motocicleta | [] Ônibus | [] Airbag |
| [] Bicicleta | [] Micro-ônibus | [] Assento para criança |

| VIAS AERÉAS | VENTILAÇÃO | ECG | EXAME FÍSICO |
|-----------------------|----------------|------------------------------------|----------------------------|
| [] Obstrução parcial | [] Eupneica | [] Normocárdico | [] Mucosa |
| [] Obstrução total | [] Apnéia | [] Bradicárdico | [] Midríase |
| [] Dispneia | [] Dispneia | [] Taquicárdico | [] Anisocoria [] D [] E |
| [] Bradipneia | [] Bradipneia | [] Enchimento capilar acima de 2" | [] Aparelho Alcoolizado |
| [] Taquipneia | [] Taquipneia | [] Pulso radial ausente | [] Agitação psicomotora |
| | | [] Pulso central ausente | |
| | | [] Cianose central | |
| | | [] Extremidade | |

| AVULSÃO | F.C Bpm | F.R Bpm | Sat O ₂ % | T. Axilar °C | Glicemia | Esc. visual "DOR" | Glasgow |
|---------|---------|---------|----------------------|--------------|----------|-------------------|---------|
| [] | 60 | 20 | 99% | | | | |
| [] | 58 | | 96% | | | | |

| EXAME FÍSICO | EXAME OCULAR |
|--------------|-------------------------------|
| [] | 4 - Espontânea |
| [] | 3 - Ao comando |
| [] | 2 - A dor |
| [] | 1 - Sem resposta |
| [] | 5 - Orientado |
| [] | 4 - Confuso |
| [] | 3 - Palavras inapropriadas |
| [] | 2 - Palavras incompreensíveis |
| [] | 1 - Sem resposta |
| [] | 6 - Obedece a comandos |
| [] | 5 - Localiza a dor |
| [] | 4 - Movimento de retina |
| [] | 3 - Flexão anormal |
| [] | 2 - Extensão anormal |
| [] | 1 - Sem resposta |

| AVULSÃO | AFECÇÃO |
|----------|----------------------|
| [] PV | [] Neurológica |
| [] TV | [] Metabólica |
| [] ESF | [] Respiratória |
| [] ASIA | [] Infecçiosa |
| [] ASIA | [] Cardiovascular |
| [] ASIA | [] Digestiva |
| [] ASIA | [] Diabetes |
| [] ASIA | [] Cardiopatia |
| [] ASIA | [] HAS |
| [] ASIA | [] Medicação de uso |
| [] ASIA | [] Alergias |
| [] ASIA | [] Outros |

| GRAVIDADE | SEVERIDADE |
|-----------|----------------|
| [] | [] Periférica |
| [] | [] Média |
| [] | [] Severa |

Dr. TAYO MAGNINI
Médico
CRM 130

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

| | | |
|--------------------|----------------------|--------------|
| [] Hospitalização | [] Polícia Militar | [] Bombeiro |
| [] Exame no local | [] Guarda Municipal | [] Outros |
| [] | [] SMTRAN | |
| [] | [] PRF | |

| | |
|---------------------|---------------------|
| [] RCP com sucesso | [] RCP sem sucesso |
|---------------------|---------------------|

RECEBIM. DO PA

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

TERMO DE RECUSA

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.

Assinatura do Paciente: Stephanie RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE

Idade Gestacional: _____ ☐ Movimentos fetais presentes ☐ Partes fetais na vulva

Perda de líquido: _____ ☐ Contrações entre 3-5 min. ☐ Com cartão da gestante

BCF: _____ ☐ Contrações com duração > 30s ☐ Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Aspiração ☐ Máscara laríngea ☐ Monitorização cardíaca ☐ Imobilização de fraturas

☐ Cânula de Guegel ☐ Guia de Introdução Bougie ☐ Colar cervical ☐ Curativos

☐ Cateter nasal: _____ U/min ☐ Criotireostomia cirúrgica ☐ Headblock ☐ Parto vaginal

☐ Máscara facial: _____ U/min ☐ Oximetria ☐ Prancha longa ☐ Cesárea de emergência

☐ Bolsa-valva-máscara: _____ U/min ☐ Dreno de tórax ☐ Tirantes ☐ Imobilização de torção

☐ Intubação orotraqueal ☐ Descompressão torácica ☐ KED ☐ Outros: _____

☐ Acesso venoso Gelco n° _____ ☐ Acesso venoso Scalp n° _____ ☐ Acesso intracóseo

Medicamentos Prescritos

| FARMACO | DOSE | VIA | HORA | FARMACO | DOSE | VIA | HORA |
|----------------|-------|-----|------|---------|------|-----|------|
| 01 SRL | 500ml | EV | | | | | |
| 01 glicose 18 | | | | | | | |
| 01 Equipamento | | | | | | | |

INSUMOS UTILIZADOS NA OCORRÊNCIA

03 compressas mofo 50 + água

03 ataduras ao cuido

04 pares de luvas alzenes encade

04 " " bofacha a São Sebastião

em pen! ao posto de

OBSERVAÇÕES INTERCORRÊNCIAS

Vítima mas ± 30°, colisão motor este, em DV, avaliação primária com lesões localizadas de ± 15 cm na face, nariz e maxilar (exatidão) com SSC preservados, o deslocamento fez uma leve bradycardia, realçado protocolo de trauma, colar e prancha rígida, no Aup com SRL 500ml 500ml ao m. em 10:37:39

Com entrega com tudo em tempo oportuno.

Exatidão bilateral. Obs: O nome do m. que informou que em papéis dia 14/03/2020 com a equipe n. verbalizou.

Joaquim

Assinatura e carimbo do profissional

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



William goncalves franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016

NOME
WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO
GERALDO ROCHA FRANCO
MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE
SANTA INÊS - MA DATA DE NASCIMENTO
09/12/1978

DCC ORDEM
CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35
2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 **AMADEU ROCHA TRIANI**
2 VIA Partido Progressista do Povo Civil
Secretário de SDC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

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

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

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

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

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

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

CPF de: Próprio

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 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:

NACIONALIDADE:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

RG: 38

CPF 0 29.697.822-19

ENDEREÇO: R: Koma 4430 251

BAIRRO:

CIDADE:

CER 69 375-631

VITIMA:

CPF: 029.697.822-19

DATA DO ACIDENTE:

NATUREZA: () DAMS

(X) INVALIDEZ

() MORTE

OUTORGADA:

NOME:

NACIONALIDADE

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO

No. DO RG:

DATA DE EMISSÃO: 13/07/16

ORGÃO EMISSOR: SEBP-RR

Nº DO CPF: 89

ENDERECO: P.O. CC 11 295

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.

Bravista RR. 07 de Abril de 2020

ELTON RAIMUNDO DA SILVA

ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

~~X~~ 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: 029.697.822-19 3 - CPF da vítima: 029.697.822-19 4 - Nome completo da vítima: 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: R: dona Luiza 8 - Endereço: 9 - Número: 251 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Bento 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.315-631

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 99113-3855

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 ☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00073328-0

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 (ou 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 (vel 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 ato praticado

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 09 de junho de 2020

X Elton Raimundo da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gomes Alves
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: Raiar do Sol

Logradouro: AVENIDA ESTRELA DALVA COM S 2

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

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

Bairro: SAO BENTO

Telefone: (95) 99177-1003 (Celular)

Nº: 251

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
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

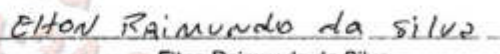
Nº: 015513/2020

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 de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



BORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime Especial de Imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 4444464

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

JANEIRO/2020

06/02/2020

216

129,30

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

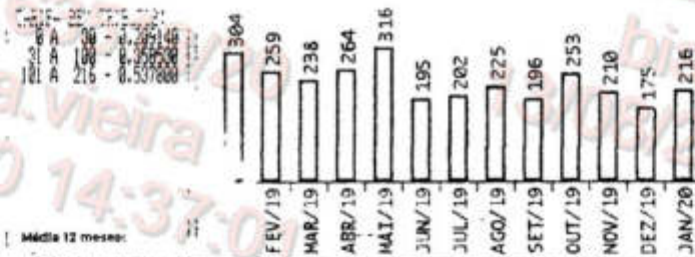
CPF: 00088927016220

| DADOS DA LEITURA (KWH) | |
|-----------------------------|-------|
| Atual: | 24412 |
| Anterior: | 24174 |
| Dias de consumo: | 30 |
| Constante de Multiplicação: | 1.000 |
| Corrente medida: | 716 |
| Consumo Faturado: | 216 |

| DATAS DA LEITURA | |
|------------------|------------|
| Atual: | 20-01-2020 |
| Anterior: | 19-12-2019 |
| Próxima leitura: | 20-02-2020 |
| Emissão: | 17-01-2020 |
| Apresentação: | 20-01-2020 |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | |
|------------------------------|-------------------|
| Grupo/Subgrupo: | 1.7.1.1 |
| Classe/Subclasse: | RESID. IND. RENDM |
| Ligação: | 1676 |
| Número Medidor: | 2712004 |
| Forma de Faturamento: | 16/07/04 |
| Modalidade: | L 158-11-09 |

| | | |
|--------------------------------|----------------------|-------|
| CONSUMO | 30 A R\$ 0,257453 = | 7,72 |
| | 70 A R\$ 0,441354 = | 30,89 |
| | 116 A R\$ 0,662037 = | 76,79 |
| | | 13,44 |
| DESCONTO INDIGENA/QUILOMBOLA | | 48,86 |
| SUBVENCAO BAIXA RENDA | | 0,75 |
| MULTA POR ATRASO DE 12/19-00 | | 1,49 |
| MULTA POR ATRASO 12/19-00 | | 0,02 |
| JUROS DE MORA DE IMPO 12/19-00 | | 25,08 |
| ILUMINACAO PUBLICA | | |



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

15.12.0007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 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 | | | |
| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | | | IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$ | | | |
| Energia: | 62,74 | Encargos: | 3,45 | Base de Cálculo: | ICMS: | 17,60% | 19,61 |
| | 27,49 | Tributos: | 21,43 | 115,48 | PIS: | 0,31% | 0,04 |
| Transmissão: | 0,00 | | | | COFINS: | 1,45% | 1,57 |
| INDICADORES DE CONTINUIDADE | | | | | | | |
| Mensal | | Trimestral | | Anual | | Mensal | |
| 8,85 | | 17,70 | | 35,40 | | 4,82 | |
| 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | |
| DISTRITO | | | | Período de apuração: 11/2019 | | | |
| | | | | tamb: 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 703494 | MÊS 03/2020 | PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20 |
| CONSUMO (kWh) 675 | VENCIMENTO 06-APR-20 | TOTAL A PAGAR R\$ 552,25 |

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 703494 | MÊS 03/2020 | TOTAL A PAGAR R\$ 552,25 |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------|

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



**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/BIBLIOTECASWEB/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 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 da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.697.822 / 19
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elton Raimundo da Silva
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>294</u> | Complemento: _____ |
| Bairro: <u>Laura Moleira</u> | Cidade: <u>Bom União</u> | Estado: <u>RR</u> |
| E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u> | CEP: <u>69.318-050</u> | Tel.(DDD): <u>99113-3855</u> |

Local e Data: Bom União 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: 029.697.822-19 3 - CPF da vítima: 029.697.822-19 4 - Nome completo da vítima: 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: R: dona Luiza 8 - Endereço: 9 - Número: 251 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Bento 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.315-631

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 99113-3855

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 ☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00073328-0

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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

impressão digital da vítima ou beneficiário do sinistro

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 09 de junho de 2020

X Elton Raimundo da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gomes Alves
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REQUISIÇÃO
GERAL

385311-0

DATA DE EMISSÃO 01/02/2018

DATA DE NASCIMENTO 08/11/1992

NOME
ELTON RAIMUNDO DA SILVA

FILIAÇÃO
ADALTO RAIMUNDO DA SILVA
REGINA TANCREDO

NATURALIDADE
CANTA - RR

DOC. ORDEM
CERTD NASC 35862 FLS 24-F LIV A-59
2º OF BOA VISTA-RR

CPF
029.697.822-19

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Pessoa - Presidente do IAP

LEI Nº 7.110 DE 29/08/83

P1

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
029.697.822-19

Nome
ELTON RAIMUNDO DA SILVA

Nascimento
08/11/1992

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

ELTON RAIMUNDO DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016

NOME
WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO
GERALDO ROCHA FRANCO
MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE
SANTA INÊS - MA DATA DE NASCIMENTO
09/12/1978

DOC. ORDEM
CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35
2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 **AMADEU ROCHA TRIANI**
2 VIA Partido Progressista do Povo Civil
Secretário de SDC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

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

CPF de: Próprio

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 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. CONCLUÍDO-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:

Elton Raimundo da Silva

NACIONALIDADE:

Brasileiro

ESTADO CIVIL:

Solteiro

PROFISSÃO:

RG:

385311-0

CPF: 029.697.822-14

ENDEREÇO:

R: Rôma Luiz 294

BAIRRO:

São Bento

CIDADE:

Boa Vista

CEP:

69.315-631

VITIMA:

Elton Raimundo da Silva

CPF: 029.697.822-14

DATA DO ACIDENTE:

NATUREZA: () DAMS

(X) INVALIDEZ

() MORTE

OUTORGADA:

NOME:

William Gonçalves Frazão

NACIONALIDADE:

Brasileiro

ESTADO CIVIL:

Casado

PROFISSÃO:

Autônomo

Nº. DO RG:

239717

ORGÃO EMISSOR:

SESP-RR

DATA DE EMISSÃO:

13.10.16

Nº. DO CPF:

825.396.343-20

ENDEREÇO:

Rua CC 11 295, Laura 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 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 Abril de 2020

Elton Raimundo da Silva

ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

Elton Raimundo da Silva



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BOA VISTA
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Anísio de Faria, 4152 - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (16) 3518-1820
E-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br
192.179
Escritório Autorizado
Escritório do Tabelião Daniel Aquino
Fica no endereço da quadra 155
De quadra 14, Boa Vista, RR, de 01/01/2018
REC-RR-160206-35ME-7-BAV-1-2018-1