

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

Nº do sinistro ou ASI: 039.493.412-18 Nome completo da vítima: Bianca Sobrinho
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Bianca Sobrinho CPF: 039.493.412-18
Profissão: Estudante Endereço: Rua Vicente Tavares de Melo Número: 335 Complemento:
Bairro: Silvô Bete Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.314-332
E-mail: blouuu@hotmail.com Tel (DDD): (95) 99194-4282

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

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ \$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ CIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: Itaú

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

CONTA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6953 (informar o dígito se existir)

CONTA: 25425 (informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheira(a) ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixar ou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val haver)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Boa Vista - RR, 07/10/2019
Nome: Bianca Sobrinho
CPF: 039.493.412-18

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Bianca Sobrinho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo teórico do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL de BOA VISTA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BOLETIM Nº 1704/2019
DATA: 04/03/2019
HORA: 06:00min

DELEGADO: Douglas Gabriel da Cruz
ATENDENTE: RICARDO PIMENTA
LOCAL DA OCORRÊNCIA: AV. GAL.
ATAIDE TEIVE C/ AV. SÃO JOAQUIM, Sílvia Leite
DATA: 08/02/2019
HORA: 1650

DADOS DO COMUNICANTE ROP/PM 810343 - SÉRIE - J

NOME: ROP/PM nº 810343 SÉRIE - J C.P.F. R.G.
DATA NASC: XXXXXX End: XXXXXXXXXXXXXXXX
PAI: XXXXXXXXXXXX MÃE: XXXXXXXXXXXX
ESCOLARIDADE: XXXXXX NATURAL: XXXXXXXXXXXX NACION: XXXXXX
SEXO: XXXXXXXXXXXX IDADE: XXXXXXXXXXXX RAÇA: XXXXX
TEL CEL: XXXXXXXX ESTADO CIVIL: XXXX PROFISSÃO: XXXXXXXXXXXX

DADOS DO ENVOLVIDO

NOME: JENUAN ALEXANDRE DA SILVA CNH: RG:
DATA NASC: XXXX End: TRAVESSA SII V/O LEITE, Nº610 BAIRRO, SÍLVIO LEITE
PAI: XXXXXXXXXXXX MÃE: XXXXXXXXXXXXXXXXXX
ESCOLARIDADE: XXXXXXXXXXXX NATURAL: XXXXXXXXXXXX NACION:
SEXO: masculino IDADE: 21 anos RAÇA: XXXX
TEL CEL: XXXXXXXX ESTADO CIVIL: solteiro PROFISSÃO: militar

DADOS DO ENVOLVIDO

NOME: BIANCA SOBRINHO CNH: RG: 01 NOV. 2019
DATA NASC: XXXX End:
PAI: XXXXXXXXXXXX
ESCOLARIDADE: XXXXXXXXXXXX NATURAL: NACION:
SEXO: Feminina IDADE: 19 anos RAÇA: XXXX
TEL CEL: XXXXXXXX ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: TÉCNICA EM ENFERMAGEM

DADOS DO ENVOLVIDO

NOME: JONIS WALBER DE SOUZA GOUCH CNH: 02372044218 RG: 90001014795 SSP/CE
DATA NASC: XXXX End: AV. PRICESA ISABEL, Nº2827, TANCREDO NEVES
PAI: XXXXXXXXXXXX
ESCOLARIDADE: XXXXXXXXXXXX NATURAL: NACION:
SEXO: masculino IDADE: 34 anos RAÇA: XXXX
TEL CEL: XXXXXXXX ESTADO CIVIL: casado PROFISSÃO: METALÚRGICO

DADOS DA INFRAÇÃO

CÓD. INFRAÇÃO INFRAÇÃO QUALIFICAÇÃO
XXXXX Danos XXXXX

HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado(a), Fomos acionados, via Ciops para atendimento de uma ocorrência de acidente de trânsito, com vítimas lesão corporal no endereço supracitado. Conforme as informações colhidas no local e relato dos envolvidos, o item



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL de BOA VISTA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



01 Srº JENUAN conduzia o veículo V1 e tinha a Item 02 Srª BIANCA como passageira e trafegava na Avenida GAL. ATAIDE TEIVE sentido Centro/Bairro, quando no cruzamento com a AV. SÃO JOAQUIM colidiu seu veículo V1 na parte dianteira do lado esquerdo do veículo V2 que era conduzido pelo Item 03 Srº JONIS que trafegava na AV. GAL. ATAIDE TEIVE e fez conversão a esquerda causando o acidente. Que no local há sinalização de regulamentação de trânsito (placa R4a).

Que condutor do V1(JENUAN) e a passageira (BIANCA) foram conduzidos ao PSE pelo SAMU com fraturas e escoriações.

A Perícia IC/PCRR foi acionada, sendo realizada pela equipe do Perito CLEIDSON.

Que o Item 01 (JENUAN) não portava documentos pessoais e foram colhidos os dados pessoais verbalmente. Verificado que o mesmo não possui CNH/PPD/ACC. Que o Item 03 Srº JONIS estava com a CNH vencida há mais de 30 dias.

Que foram tomadas todas as medidas administrativas referentes ao CTB.

Que o Item 03 Srº JONIS não apresentava sinais/sintomas de ter ingerido bebida alcoólica. Informo que a PMRR não dispõe de aparelho de etilometro, sendo solicitado apoio do DETRAN-RR, que foi nos informado que não tinha aparelho disponível para prestar o apoio.

Os veículo foram liberados no local, sendo que V1 foi entregue para o Sr. MAGNUM RAMOM TOMAZ EMILIANO CNH 04374740121. Que o V2 ficou na responsabilidade do Srº RAFAEL KONZEN (CNH:01864949102).

Era o que tinha a relatar.

Este é o relato.

Veículos Envolvidos:

VEICULO ITEM 01 - V1: HONDA/CG 150 FAN COR CINZA PLACA NAL6252.

VEICULO ITEM 03 -V2: NISSAN/FRONTIER SE COR PRATA PLACAS NUK1930.

DANOS CONFORME PERICIA IC/PCRR PERITO CLEIDSON.

José Benedito Bezerra
APC

ROP/PM 810343 - SÉRIE - J
Comunicante

DESPACHO

- ☐ Arquivar (fato atípico)
- ☐ Aguardar novos fatos
- ☐ Intimar o comunicante/vítima
- ☐ Intimar suspeito
- ☐ Intimar as partes para TCO
- ☐ Aguardar representação
- ☐ Ao S. I. para investigação
- ☐ No D. I.
- ☐ Aguardar o comparecimento da vítima
- ☐ Decurso do prazo decadencial - Arquivar
- ☐ Requisitar relatório
- ☐ Requisitar e juntar laudo
- ☐ Intimar

Douglas Gabriel de Cruz
Delegado de Polícia Civil
Mat. 042800154

01 NOV. 2019

DESPACHO

- ☐ ARQUIVAR (FATO ATÍPICO)
- ☐ AGUARDAR NOVOS FATOS
- ☐ AGUARDAR REPRESENTAÇÃO DA VÍTIMA
- ☒ INTIMAR AS PARTES P/ OITIVA
- ☐ INTIMAR P/ TCO ART.
- ☐ AO S. I. PARA INVESTIGAÇÃO
- ☐ REQUISITAR E JUNTAR OS LAUDOS
- ☐ REMETER PARA:

BV. 10.16.19

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	CH/h	H/Fir
CIPTUR02	CIPTUR	04/03/19	OESTE	21:35	21:35	21:40	00:20
Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini.	Km/Fin.			
1001/1003	13006/13010/13999	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	114850	114860			

LOCAL DA OCORRÊNCIA

LOCAL: AV. GAL. ATAIDE TEIVE C/ AV. SÃO JOAQUIM Bairro: SILVIO LEITE

Ref.: SEMÁFORO

PESSOAS RELACIONADAS

1	CONDUTOR V1	Nome: JENUAN ALEXANDRE DA SILVA	Idade: 21	E. Civil: SOLTEIRO
Endereço: TRAVESSA SILVIO LEITE, Nº610 BAIRRO SILVIO LEITE (dados pessoais colhidos verbalmente devido não estar portando documentos)				
Idt. R.G.	NÃO PORTAVA	CNH	NÃO POSSUI	Profissão: MILITAR
2	PASSEIRA V1	Nome: BIANCA SOBRINHO	Idade: 19	E. Civil: SOLTEIRA
Endereço: RUA VICENTE TAVARES DE MELO, Nº315 BAIRRO SILVIO LEITE (dados pessoais colhidos verbalmente devido não estar portando documentos)				
Idt. R.G.	NÃO PORTAVA	CNH	NÃO PORTAVA	Profissão: TECNICA EM ENFERMAGEM
3	CONDUTOR V2	Nome: JONIS WALBER DE SOUZA GOUGH	Idade: 34	E. Civil: CASADO
Endereço: AV. PRICESA ISABEL, Nº2827 BAIRRO TANCREDO NEVES				
Idt. R.G.	90001014795 SSP/CE	CNH	02372044218	Profissão: METALÚRGICO

VEICULOS ENVOLVIDOS/NÃO APRESENTADOS

VEICULO ITEM 01 - V1: HONDA/CG 150 FAN COR CINZA PLACA NAL6252.

VEICULO ITEM 03 - V2: NISSAN/FRONTIER SE COR PRATA PLACAS NUK1930.

DANOS CONFORME PERICIA IC/PCRR PERITO CLEIDSON.

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S). NÃO HOUVE MATERIAIS APREENDIDOS.

ASSINATURA

CARGO

HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a),

Fomos acionados via Ciops para atendimento de uma ocorrência de acidente de trânsito com vítimas lesão corporal no endereço supracitado. Conforme as informações colhidas no local e relato dos envolvidos, o Item 01 Srº JENUAN conduzia o veículo V1 e tinha a Item 02 Srª BIANCA como passageira e trafegava na Avenida GAL. ATAIDE TEIVE sentido Centro/Bairro, quando no cruzamento com a AV. SÃO JOAQUIM colidiu seu veículo V1 na parte dianteira do lado esquerdo do veículo V2 que era conduzido pelo Item 03 Srº JONIS que trafegava na AV. GAL. ATAIDE TEIVE e fez conversão a esquerda causando o acidente. Que no local ha sinalização de regulamentação de transito (placa R4a).

Que condutor do V1(JENUAN) e a passageira (BIANCA) foram conduzidos ao PSE pelo SAMU com fraturas e escoriações.

A Pericia IC/PCRR foi acionada, sendo realizada pela equipe do Perito CLEIDSON.

Que o Item 01 (JENUAN) não portava documentos pessoais e foram colhidos os dados pessoais verbalmente. Verificado que o mesmo não possui CNH/PPD/ACC. Que o Item 03 Srº JONIS estava com a CNH vencida há mais de 30 dias.

Que foram tomadas todas as medidas administrativas referentes ao CTB.

Que o Item 03 Srº JONIS não apresentava sinais/sintomas de ter ingerido bebida alcoólica. Informo que a PMRR não dispõe de aparelho de etilometro, sendo solicitado apoio do DETRAN-RR, que foi nos informado que não tinha aparelho disponível para prestar o apoio.

Os veiculo foram liberados no local, sendo que V1 foi entregue para o Sr. MAGNUM RAMOM TOMAZ EMILIANO CNH 04374740121. Que o V2 ficou na responsabilidade do Srº RAFAEL KONZEN (CNH:01864949102).

Era o que tinha a relatar.

ANDRADE ANJOS DA SILVA

41.683-5

Nº

SD/PM

Posto/Graduação

CIPTUR - CPC

SUOp

RELATOR

6102 AON 1 0



Eletrobrás Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobrás, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0067523-7

Eletrobrás Distribuição Roraima

Av. Capitão Ene Garcez, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 00.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)
Nota Fiscal e Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal 000935236

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	06/07/2018	50	55,20

PAULO DE SOUZA NUNES

R. VICENTE TAVARES DE MELO 315 DR. SILVIO LEITE

CPF: 00038334496249

CEP: 69.314-332 - BOA VISTA

ROT: 11.001.19.05.049200

DADOS DA LEITURA		KWh	KVAh	DADOS DA LEITURA	
Atual:		923		Atual:	18/06/2018
Anterior:		923		Anterior:	17/05/2018
Constante de Multiplicação:		1,000		Próxima Leitura:	18/07/2018
Consumo Medido:		0		Emissão:	15/06/2018
Consumo Faturado:		50	FCAM	Apresentação:	18/06/2018
MINIMO					32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Suécasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	B1	2805043	N 1521521	1.1.1.2	1231

HISTÓRICO (KWh)	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 50 A R\$ 0,564414 = 28,22
MAI/18 228	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00 0,04
ABR/18 1800	MULTA POR ATRASO DE I 05/18-00 0,69
MAR/18 1374	JUROS DE MORA POR ATR 05/18-00 0,01
FEV/18 1417	MULTA POR ATRASO 05/18-00 2,00
JAN/18 1359	JUROS DE MORA DE INPO 05/18-00 0,08
DEZ/17 1620	ILUMINACAO PUBLICA 23,56
NOV/17 1568	
OUT/17 1347	
SET/17 1074	
AGO/17 949	
TOTAL FPA SEM TRIBUTOS:	
0 A 50 - 0,564414	

MENSAGENS IMPORTANTES: REAVIAR O VENCIMENTO
CASO HAJA CANCELAMENTO DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P
ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 15/06/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 05DA.C7E2.73A1.4EC3.6482.A4C6.5490.E55D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	5,37	Base de Cálculo:	17,00%
Energia:	13,71	Alíquota ICMS:	4,79
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	0,10
Encargos:	0,57	Valor do PIS:	0,48
Tributos:	5,37	Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

01 NOV. 2019



Para contato conosco informe este número

SEU CODIGO

0108915-3

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal 003319917

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

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	11/08/2019	196	192,41

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	27732	Atual	25/07/2019
Anterior	27536	Anterior	24/06/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	25/08/2019
Consumo Medido	196	Emissão	24/07/2019
Consumo Faturado	196	Apresentação	25/07/2019
NORMAL		31	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Fat	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	B1	2206908	N 1519448	1.1.1.2	238

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 158	
MAI/19 100	
ABR/19 178	
MAR/19 263	
FEV/19 237	
JAN/19 231	
DEZ/18 209	
NOV/18 370	
OUT/18 345	
SET/18 246	
TAXA DE TRIBUTOS:	
V A 196 - 0,604602	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Año Valor R\$
06/2019 164,28

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/03/2012, em função das contas reavistadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda a existência de contas vencidas e a reavistadas no valor de R\$ 212,94 (valor histórico). Cada termo efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO B9C4.FD0B.D66A.9F73.38C8.904F.3C4F.C72D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	38,51	Base de Cálculo	149,86
Energia	81,64	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	25,47
Encargos	4,24	Valor do PIS	0,00
Tributos	25,47	Valor do COFINS	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
8,80 16,00 1,55

FLORESTA

ROT: 5.001.12.04.021718

05/2019 32,81



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

SEU CODIGO

0108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$

192,41

MES FATURADO

07/2019

VENCIMENTO

11/08/2019

Nº da Nota Fiscal

003319917

FCAM

83680000001 7 92410075000 0 000000000008 1 91530719008 1



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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Inacio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.091.512-04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bianca Sobrinho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.493.412-18

do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Bianca Sobrinho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.493.412-18, 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: Antonio Pinheiro Galvão</u>		Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail: <u>ilairv@hotmael.com</u>		Tel.(DDD): <u>(95) 93194-4282</u>	

Local e Data: Boa Vista - RR, 31/10/2019

Assinatura do Declarante

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:34

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:34

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:34

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:34

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:34

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:34

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:34

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:34

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:15:26

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:15:26

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:15:26

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:15:26

14 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILDIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORAE
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1973

PLACAO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT/NAB
2/B

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

TP REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª EMISSÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - ROSAINEA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

ARCELINO MURPHY PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

92495240616
RR207969620

PROIBIDO PLAS INICAR
980151096

DETRAN - RR - ROSAINEA

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:15:26

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:15:26

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo antigo Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.003 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 3.452 de 08.07.1945 que aprovou a CLT. É o documento obrigatório para o exercício de qualquer atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção de aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro da sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE APOIO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

161.42491.32-9

8131735

0040

RR

Bianca Sobrinho



QUALIFICAÇÃO DO TRABALHADOR



BIANCA SOBRINHO

FILIAÇÃO: EVA SOBRINHO
NASCIMENTO: 11/09/1999
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
DOCUMENTO: R.G. 4152190 SESP RR 23/03/2010
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF: 039.493.412-18
TIT. ELEITOR:
ZONA:
SEÇÃO:
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 08/02/2015

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

A - CASAMENTO

B - SEPARAÇÃO

C - DIVÓRCIO

D - ANULAÇÃO

E - MUDANÇA DE NOME

F - MUDANÇA DE SEXO

G - MUDANÇA DE DATA DE NASCIMENTO

H - MUDANÇA DE LOCAL DE NASCIMENTO

01 NOV. 2019

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	BIANCA Sobrinho
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	ESTUDANTE
IDENTIFICAÇÃO:	4152190 SSP/RR
ENDEREÇO:	RUA VICENTE TAVARES DE MELLO. 315. Sítio Leite

OUTORGADO

NOME:	JOIR INACIO DE SOUSA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIFICAÇÃO:	114.804 SSP/RR
ENDEREÇO:	RUA Antonio pinheiro GALVÃO 1832, BRITIS

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data 04/03/2019, cobertura Invalidez, vítima: Bianca Sobrinho

BOA VISTA - 07/05/2019

LOCAL E DATA



Bianca Sobrinho

ASSINATURA DO OUTORGANTE

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Aldeide Teles, 415 - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (93) 9627-4156
daniel.aquino@cartorioaquino.com.br

107689-5cd1d32cd37d
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de BIANCA SOBRINHO

Em testemunho da verdade, BPO
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 07 de maio de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em [portalcartorio.com.br](http://portal.portalcartorio.com.br)
REC/RR1682964R0P01JAYQSSRV51/

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 Total: R\$ 4,50

107.689
Hellen Oliveira de Aquino
Escritorante Autorizada

01 NOV. 2019

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BIANCA SOBRINHO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000025725-7

Autenticação:

9BF096A6DDEAC28617EDA839A82DA0B0DDB65CFF6A23035F0942FC2E220A173B

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190692766 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BIANCA SOBRINHO **Data do acidente:** 04/03/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA DE 1º AO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA MÉDICA. P.04/05/16/18

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM P.22/24/30

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200274109 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BIANCA SOBRINHO **Data do acidente:** 11/12/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA (PG 3)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: BAM DATADO DE 11/12/2019 ACOSTADO NA PG 3 INFORMA FRATURA PRÉVIA DO MEMBRO INFERIOR. NÃO ESTABELECIDO NEXO DE CAUSALIDADE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS NA PG 1/2/4/5/6.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200274109

Vítima: BIANCA SOBRINHO

Data do Acidente: 11/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BIANCA SOBRINHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200274109

Vítima: BIANCA SOBRINHO

Data do Acidente: 11/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), BIANCA SOBRINHO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 11/12/2019, emitido pelo Dr. JESUS A LOPES AGUIRRE CRM nº 566 - RR, da Instituição SUS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 039.493.412-18 4 - Nome completo da vítima: Bianca Sobrinho

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

5 - Nome completo: Bianca Sobrinho 6 - CPF: 039.493.412-18
7 - Profissão: estuolante 8 - Endereço: Rua Acunã Tavares de Melo 9 - Número: 315 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Dr. Silveira Leite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-332
15 - E-mail: ILORRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (95) 98404-5368

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 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os 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: Itaú
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: 6953 CONTA: 25725 7

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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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, 27/07/2020

Bianca Sobrinho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 7294/2020 - Registrado em: 23/07/2020 às 16h 50min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 11/12/2019 às 08h 02min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: N11

Nº: S/N

CEP: 69316-360

Bairro: PINTOLANDIA

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

BIANCA SOBRINHO(20), nascido(a) em 11/09/1999, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 039.493.412-18, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de EVA SOBRINHO e PAULO DE SOUSA NUNES, endereço: VICENTE TAVARES DE MELO, cep: 69314-332, Nº: 315, bairro: DOUTOR SILVIO LEITE, BOA VISTA-RR, referência: POSTO DE SAÚDE DR SILVIO LEITE, Telefone: (95) 99136-4387.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO-DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE INFORMA QUE TRANSITAVA COMO PASSAGEIRA DA MOTOCICLETA CG TODAY 125, COR: PRETA, PLACA: NAI4029, CONDUZIDA POR SEU NAMORADO LUCAS, NO ENDEREÇO ACIMA QUANDO UMA MOTO INVADIU A PREFERENCIAL REPENTINAMENTE A FAIXA EM QUE A MESMA TRAFEGAVA NÃO DANDO TEMPO DE DESVIAR, OCORRENDO ASSIM A COLISÃO. A MESMA INFORMA QUE FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU ATÉ O HGR COM FRATURA NO OMBRO DIREITO E NO JOELHO ESQUERDO. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

RONALDO LUIZ DE SOUZA
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: SIAFI 710354
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Bianca Sobrinho

BIANCA SOBRINHO
COMUNICANTE

**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: 5612350

PAULO DE SOUZA NUNES

R. VICENTE TAVARES DE MELO, 315,

DR. SILVIO LEITE

69314332 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
675237	07/2020	17-JUN-20 a 20-JUL-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
914	06-AUG-20	R\$ 741,10

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
675237	07/2020	R\$ 741,10

836100000071.411000750009.000000000679.523707200052



05/2020



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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO

1089170

MÊS

05/2020

PERÍODO DE CONSUMO

25-APR-20 a 25-MAY-20

CONSUMO (kWh)

653

VENCIMENTO

11-JUN-20

TOTAL A PAGAR

R\$ 554,71

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

1089170

MÊS

05/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 554,71

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / ORIG. EMISSORAF
114807 SSP RR

CNP
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC

CAT. JAB
AB

VALIDADE
28/01/2021

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616

750009.000000001081.917005200055



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 JUSTIÇA, 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 João Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 14 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Bianca Sobrinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.493.412 / 18

do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Bianca Sobrinho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.493.412 / 18, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

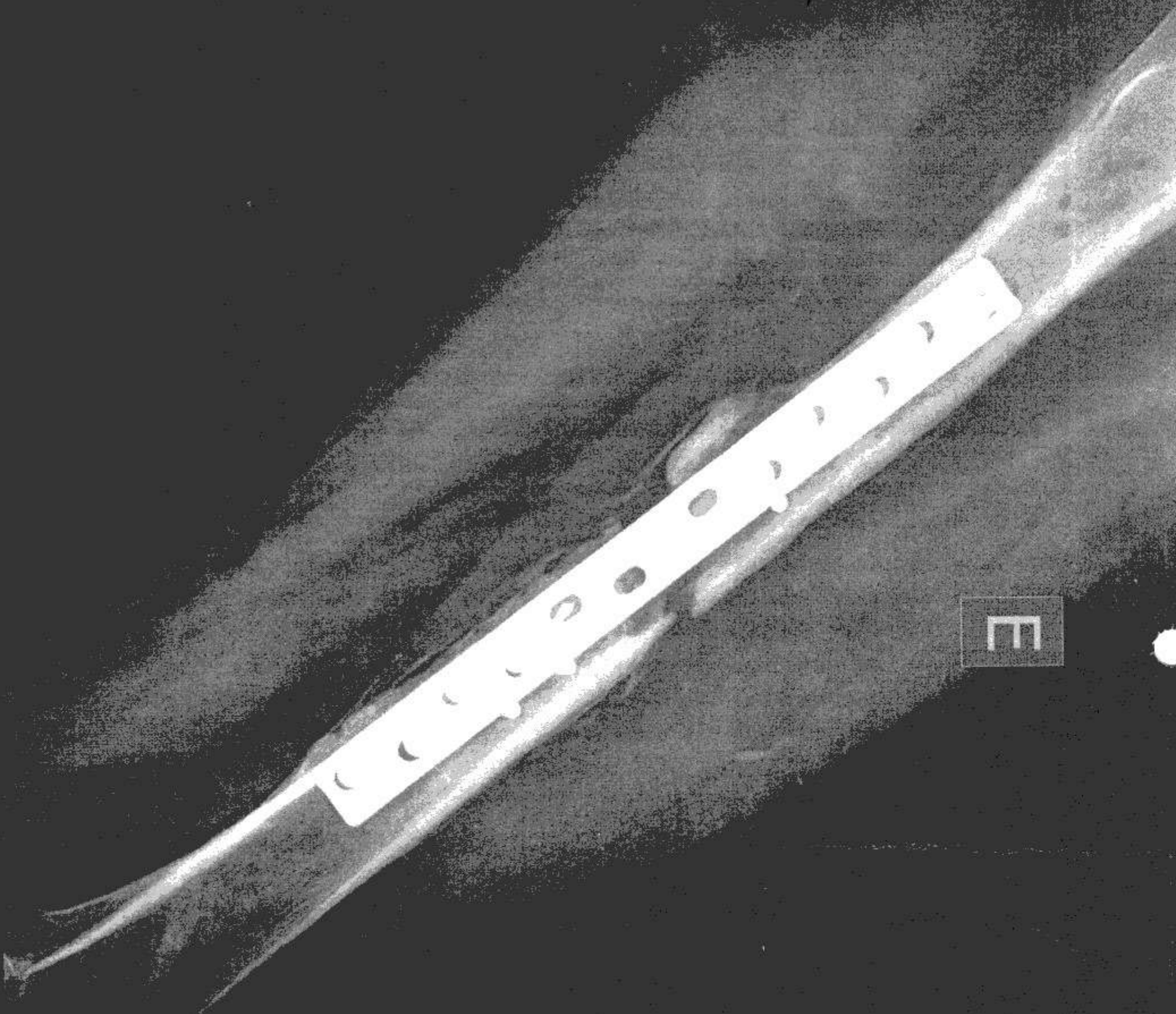
☒ Recuso informar

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.

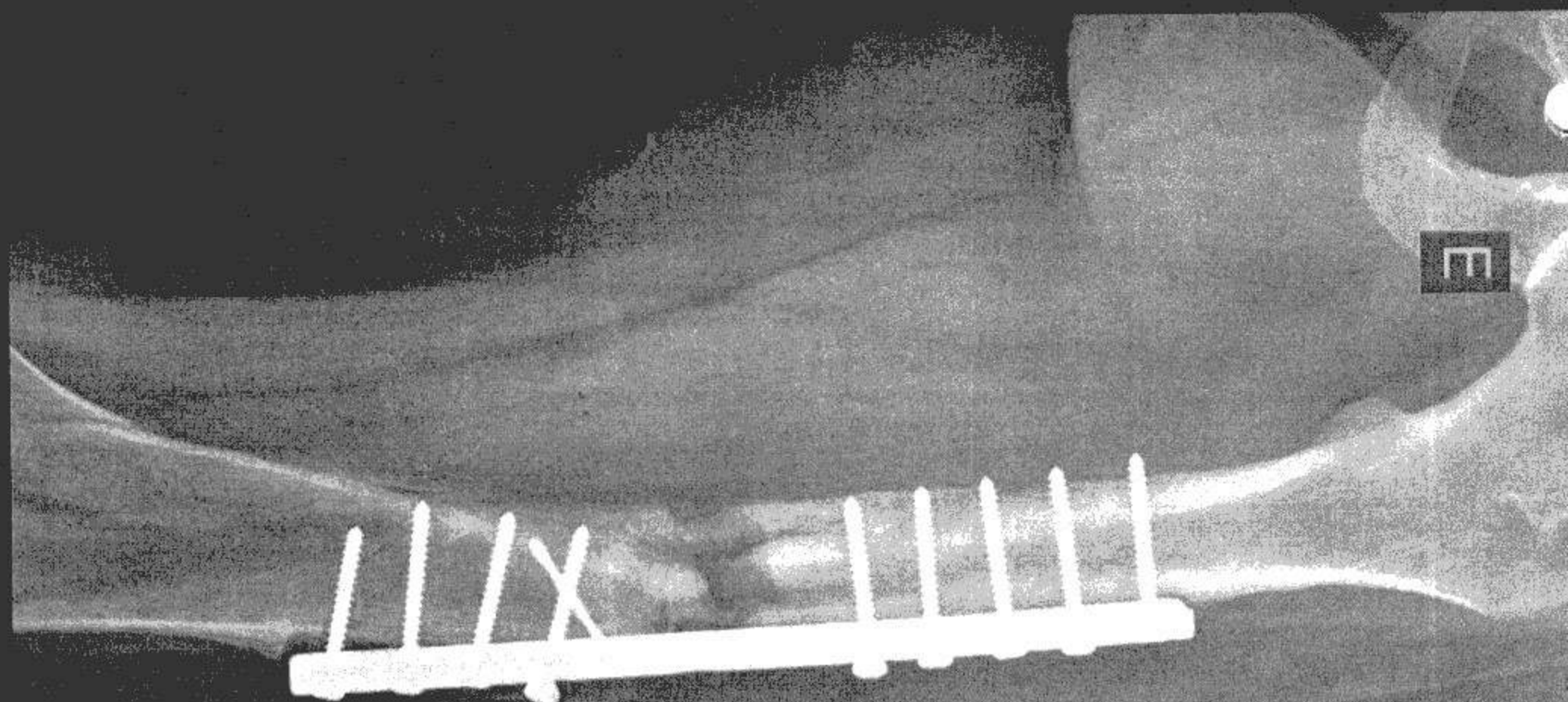
Endereço: <u>Rua Antônio P. Valente</u>		Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Bumil</u>	Cidade: <u>Bom Jesus</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail: <u>ILORRRR@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data: Bom Jesus - RR, 24/07/2020

Assinatura do Declarante



57,6 %



42,9 %

BIANCA SOBRINHO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: LEITO 316
Data: 03/02/2020

Nr: 335
Tec: ALLISON



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Liana S. Brito ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 13/03/20 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur esquerda
NO DIA 16/03/20 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura de fêmur E SENDO
OPERADO PELO DR. Dehon E DR. Rogério
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 18/03/20 AS 10h00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1/1/1 ÀS em duas semanas COM O
DR. Dehon

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

18/03/20

BOA VISTA

Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM/R 1964



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

1ª Classificação

Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

Rafael L. Salazar

Enfermagem
RR 001.058.491-1

1901196806 11/12/2019 01:08:02 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 4

Paciente BIANCA SOBRINHO Data Nascimento 11/09/1999 Idade 20 A 3 M 0 D CNS 703402678516100 CPF 03949341218 Prontuário 00171529

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 4152190 RR 23/08/2010 F SOLTEIRO(A) PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA

Mãe EVA SOBRINHO Pai NC Contato (95) 99153-6653 Ocupação

Endereço RUA - VICENTE TAVARES DE MELO - 315 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Setor GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada SAMU CAPITAL Procedimento Sol. Registrado por: SOUSA

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

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL 15
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
Vítima de colisão moto x moto com trauma
em ~~chacoalhado~~ essa. Digo ombro direito.

Exame Físico
Trauma Rêvia de MM II

Hipótese Diagnóstica
Poutrama

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

DIPLOMA 2g IV
TILAN 40mg IV

Ortopedia
Fratura clavícula dir.
Lacer. ligamento lateral pedr. es-
+ Rente

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

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica / / : :
Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico



F

data 18.03.2020

Anexo I

BLOCO F



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Masc. ☒Fem. ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050519
5723



BOLETIM OPERÁRIO

Data:

16/03/70

O.S. _____

B. J. J. J. J.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Cisto de jônio I

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

D. J. J. J.

1º AUXILIAR:

R. J. J. J.

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Juncão em DTH sob sedação
- 2) Juncão e DTH
- 3) Colocação de corpo de prova
- 4) Juncão em região lateral de jônio I
- 5) Juncão de jônio com reação de corpo de prova
- 6) Juncão de jônio com reação de corpo de prova
- 7) Juncão de jônio com reação de corpo de prova
- 8) Juncão de jônio com reação de corpo de prova
- 9) Juncão de jônio com reação de corpo de prova
- 10) Juncão de jônio com reação de corpo de prova

Dr. Dalson Feitosa
Ortopedia - Traumatologia
CRM-RS 1172

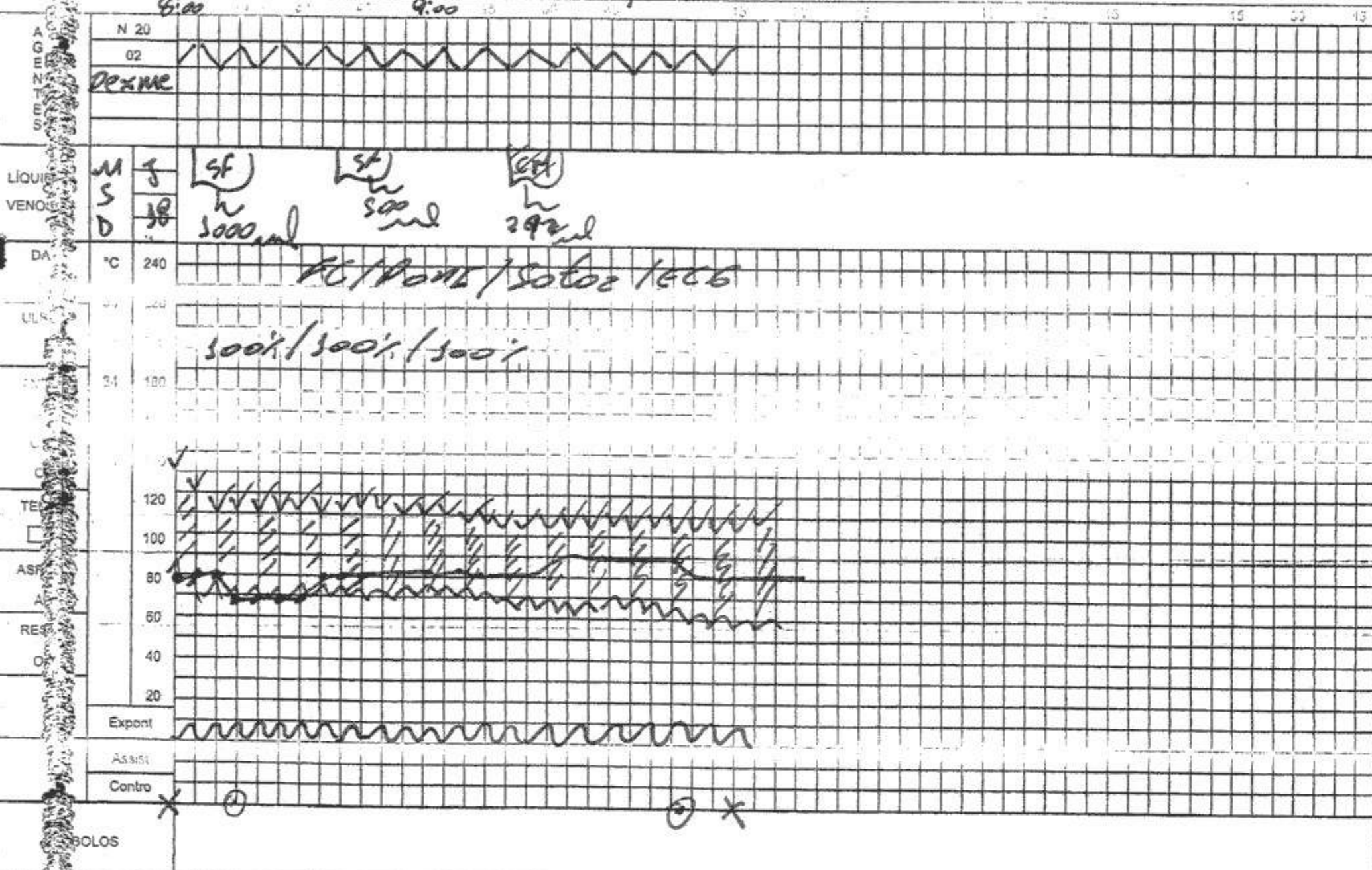
Dr. Dalson Feitosa
Ortopedia - Traumatologia
CRM-RS 1172

Valência: Benscayán
Ocamonb
Cronotopelco
eletrica

PRESCRIÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

FM 100mg { 3v
MDZ 5mg { 8:30 Sot. spotonico.

Nº Boa Visto - nn
16/03/20



AGENTE	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Bupivacaína 4mg 10g	logia anestesia	X monitorização
B		lombon sob ventilação espontânea.	① check up ok
C			② venoclise MSD 7 18 OK
D			③ Antissepsia região lombon com álcool 70% + infiltração de Plomex + punção lombon n.º 13 19266 de Quinke liquar cloro nanotenso injeção de 18 A. Bloqueio rotapotonico.
E			
F			
G			
SANG		Sob Máscara Dificuldade Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	osteossintese de femur + enchento		Lariango - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
ANEST	CÓDIGO	QUIRURGIÃO	PERDA SANGUÍNEA
Dr. Fabian		D: Polson / M: Rozenio	
Res. Emanuel			

Alberto F. M. Herrera
Médico-Anestesiologista
CRM 302/RR

- ④ ceftriaxona 2g iv
⑤ Ketorolaceno 10mg iv
⑥ atropina 100mg iv
⑧ Pct do parto out RPA.

05/2020



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

IE: 240070223

CNPJ: 02.341.470/0001-44

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO

1089170

MÊS

05/2020

PERÍODO DE CONSUMO

25-APR-20 a 25-MAY-20

CONSUMO (kWh)

653

VENCIMENTO

11-JUN-20

TOTAL A PAGAR

R\$ 554,71

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

IE: 240070223

CNPJ: 02.341.470/0001-44

CÓDIGO ÚNICO

1089170

MÊS

05/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 554,71

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / ORIG. EMISSORAF
 114807 SSP RR

CNP
 383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
 07/04/1978

FILIAÇÃO
 JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
 ACC

CAT. JAB
 AB

VALIDADE
 28/01/2021

1ª HABILITAÇÃO
 15/12/1999

Nº REGISTRO
 01101912304

VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 980151096

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
 30/01/2015

92485240616

750009.000000001081.917005200055





BIANCA SOBRINHO

FILIAÇÃO: EVA SOBRINHO

NASCIMENTO: 11/09/1999

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO: R.G. 4152190 SESP RR 23/06/2010

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 039.493.412-18

TIT. ELEITOR: CNH: SEÇÃO: ZONA: LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 06/02/2015

ASSINATURA DO EMPREGADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

A - CASAMENTO B - SER. JUDICIAL C - DIVÓRCIO D - ADOÇÃO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA G - DATA DE NASCIMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
MOTIVO
DOCUMENTO
NOME

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
MOTIVO
DOCUMENTO
NOME

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
MOTIVO
DOCUMENTO
NOME

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
MOTIVO
DOCUMENTO
DATA DE NASC. DE PARA
FILIAÇÃO

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo Decreto nº 29.101/1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto nº 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como, para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de garantia no tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta profissional e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, e seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, sendo válida, também, como documento de identificação.

CONFECIONADA COM RECURSOS DO FAF - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



Bianca Sobrinho

8131735 0040 RR

161.42491.32-9

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200274109 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BIANCA SOBRINHO **Data do acidente:** 11/12/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA (PG 3)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: BAM DATADO DE 11/12/2019 ACOSTADO NA PG 3 INFORMA FRATURA PRÉVIA DO MEMBRO INFERIOR. NÃO ESTABELECIDO NEXO DE CAUSALIDADE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS NA PG 1/2/4/5/6.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Bianca Sobrinho
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	autônoma
IDENTIDADE:	415 219 - 0
ENDEREÇO:	Rua Vicente Taubones de Melo nº 315

OUTORGADO

NOME:	Ileir Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 55 P - RR
ENDEREÇO:	Rua Antonio P. Osório, 1832, Boa Vista

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 11/12/2019, cobertura Invalidez, vítima: Bianca Sobrinho

Boa Vista - RR, 12/03/2020

LOCAL E DATA

Bianca Sobrinho

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0215247/20

Vítima: BIANCA SOBRINHO

CPF: 039.493.412-18

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 11/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BIANCA SOBRINHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

BIANCA SOBRINHO : 039.493.412-18

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: 03/08/2020
Nome: BIANCA SOBRINHO
CPF: 039.493.412-18

Responsável pelo cadastramento na seguradora

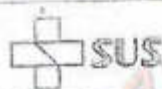
Data do cadastramento: 03/08/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

BIANCA SOBRINHO

MANOEL COELHO NETO

BLOCO A

seta: 18/04/19



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE/MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de altura com mecanismo de lesão por impacto direto em MIE e tronco ortocutâneo no R. Grande lesão de partes moles e lesão traumática com grande risco de necrose do calcanhar e fêmur.

18 - CONDIÇÕES DE INTERNAÇÃO

Procedimento Cirúrgico.

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

História clínica, exame físico e RX. 01 NOV. 2019

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

Fratura do fêmur proximal, fratura exposta do 1º PDD; Fratura do 2º e 3º PDD; Lesão traumática do calcanhar e fêmur. PROCEDIMENTO SOLICITADO: Lesão traumática do calcanhar e fêmur.

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BIC/20/RRI

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

36 - CNPJ EMPRESA

40 - CNES DA EMPRESA

41 - CNOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - DESEMPREGADO

47 - NÃO SEGURO

48 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

0408050519-5723

0408050470-5927

L06

04:10hs CC



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		BIANCA SOARES			
DIAGNÓSTICO		FRATURA distal humero (E)			
ALERGIAS	BUSOPAM	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	19	LEITO		DATA	05/03/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE APOS RPA				SNB
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				24-06-12-18
4	TILATIL 20mg 12/12hs				08-18
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				03 SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				06-14-22
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				Rotina
15	GENTAMICINA 240mg IV 1x1dia				08
16	MIDNORIDOL 500mg IV 8/8hs				06-14-22
17	Tela gata 0.55000				Dr. Alder Soares
18					Médico Residente
19					Ortopedia e Traumatologia
20					CRM 1828/RR
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

01 NOV. 2019

SINAIS VITAIS	T	P	PA	R
6 H	36,9°C	125	110X60	22 rpm
12 H				
18 H				
24 h				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 05, 03, 19

O.S.

BIANCA JOSNIDITO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRACTURA BILATERAL FEMUR (MULTIFRAT) EXTENSIVA EXPOSTA

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: DO 1º POOL, FEMUR DO 2º e 3º POOL. A.C.

TIPO DE INTERVENÇÃO: CIRURGIAS

INDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Elder Soares

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS: Dr. Eudes

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Lavagem e DDM dos locais anestesiado
- 2) Anestesia, posicionamento e colocação de campos cirúrgicos
- 3) LMC extensiva do deslocamento do calcâneo +
- 4) + deslocamento
- 5) Obs: sem intensificação por imagens no centro
- 6) Obs: sem intensificação por imagens no centro
- 7) Fixação da fratura exposta do 1º pool, fixação
- 8) da fratura do 2º e 3º pool
- 9) Sutura de partes moles
- 10) Obs: lesão extensa de partes moles + tendões flexores
- 11) com grande risco de necrose
- 12) Fixação com fixação extensa da fratura do
- 13) pool do fêmur
- 14) curativo

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1820/RR

01 NOV. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Bianca Sodrinho		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA 05/10/2019	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Fixação externa Frnt. Terna (E) + P (E) Exostoma Frnt. Externa de Procedimento EQUIPE MÉDICA		INICIO 01:20	FIM 02:40	TEMPO TOTAL	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		Clydes Danielle		
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		R3		
	INSTRUMENTADOR				
2º AUXILIAR	CIRCULANTE		Samuel Lisomar		
DE ANESTESIA: Raqui Anestesia		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 7.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO Glicosado Fracionado P/ Anest.	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 7.5		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO VICRYL Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 8.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 2.0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 8.5		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 11		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT SIMPLES Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO Nº		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT CROMADO Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX Nº		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO PROLENE Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO SEDA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGICEL	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML		<input checked="" type="checkbox"/>	EPRAPOSSO	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML		<input checked="" type="checkbox"/>	KIT CATARATA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		<input checked="" type="checkbox"/>	GEOFOAM	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML		<input checked="" type="checkbox"/>	FITA CARDIACA Equip. de soro	
<input checked="" type="checkbox"/>	CATETER 02		<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS: ELETRODOS	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C.D.O PACIENTE.		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS	
Ana Rêgina		Samuel		SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA	
Samuel		Lisomar		TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

01 NOV. 2019



GOVERNO DE RORAIMA
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Emtura Exposta 1º Pododáctilo (E) / 1º (E)
Fixação Fio

Data: 05/03/19

Nº. DO PRONTUÁRIO

Paciente: Bianca Sobrinho

Idade: 19A

Bloco: Enfermaria Leito:

Caixa: Nº

Circulante: Luzmar / Samuel Sala

Conferencia Expurgo CME:

Materia! Utilizado:

7 Fio de Kirschner nº 15

Médico Responsável

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18228/RR

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

01 NOV. 2019



GOVERNO DE RORAIMA
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Fratura, Fêmur (E) Fixação Externa

Data: 05/03/19

Nº DO PRONTUÁRIO

Paciente: Bianca Sobrinho

Idade 19A

Bloco: Enfermaria

Leito:

Caixa:

Nº

Circulante:

Lizmar

Samuel

Sala

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

I Fixador Externo 350mm

Lote: 010425 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Fab. 04/01/2019 Val. 01/2024
Registro Anvisa Nº 80083650051
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3536-1910 info@sartori.ind.br

Médico Responsável

Dr. Elder Soares

Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1826/RR

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

04 NOV. 2019



Governo do Estado de Roraima
"Amazônia: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"



Bianca Sobrinho - 107-2



EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
06/03/19	Paciente vítima de acidente com moto. Externou postura no luto e p.e. Relatou que o ex-novo marido não resistiu e foi a óbito essa noite. Recebeu suporte emocional.
07/03/19	Acolheu a paciente e acompanhante, resp. tivos porém paciente se queixa de dores constantes. Hoje Realizado mediação com equipe de enfermagem.
	Larissa Paula Brito de Souza Psicóloga CRP 20/04119
03/04/19	A paciente apresentou-se lúcida, orientada. Aguarda novo procedimento cirúrgico que segundo os médicos será realizado dia 12/04. Solicitou autorização de recibo emitido da filha Sofia Brito da Silva (03 anos) antes da cirurgia e comunique as amigáveis da filha. A autorização foi concedida e será realizada dia 04/04 às 15h no jardim da casa de "bloco A" e será acompanhada da psicóloga.
	Quatrelha Talla Costa Psicóloga CRP-20/04764
04/04/19	Realizado acompanhamento de visita da filha à paciente. Durante o encontro (a Srª Bianca se emocionou ao rever a filha, já a criança apresentou resistência em abraçar a mãe. Devido ao desconforto apresentado pela criança o tempo de visita foi reduzido. A Srª Bianca recebeu suporte emocional.
	Quatrelha Talla Costa Psicóloga CRP-20/04764

Assinatura do Responsável

01 NOV. 2019

107-2

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BIANCA SOBRINHO				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR E				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	107-2	DATA	07/03/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				212
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				13:00
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H - <i>suspensão</i>				18:00
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18:00
5	DÍPIRONA 1G EV 6/6H SN <i>HONAM</i>				18:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				17:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				17:00
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H				17:00
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				17:00
10	SSV + CCGG 6/6 H				17:00
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PÁD> 110 MMMHG				17:00
14	CURATIVO DIÁRIO				17:00
15	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H				17:00
16	GENTAMICINA 240MG EV 1XDIA - <i>suspensão - pta</i>				17:00
17	CLEXANE 40MG SC 1XDIA				SUSPENSO
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
	<i>Retirar sonda vesical</i>				

EVOLUÇÃO MÉDICA: 01/11/2019 - Amicacina 1g + SF 0.9% 200ml EV 1x/dia - 16
 22 - ceftriaxona 1g EV 12/12h - 20-100

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

01 NOV. 2019

SINAIS VITAIS			
6 H	100x60	103	36°C
12 H	120x76	90	36°C
18 H	110x70	94	36°C
24 H	100x70	-	-

PEDRO DE SOUZA FAUSTO
 MÉDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-RR 2028

As 12:00h Paciente no leito, higienizada, (Banco de Leite), Afébril, 55kg, se com SVD, desprezado 3000ml de diurese, iniciado o desmame. As 10 segue nos cuidados da equipe de enfermagem.

Residente P. Mend
 Técnico de Enfermagem
 CRP-RR 211971

03/19
 04:30
 28

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

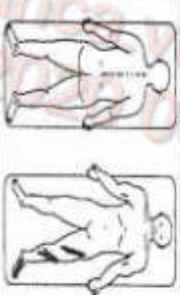
Bianca Sabumita

Leito:

104.2

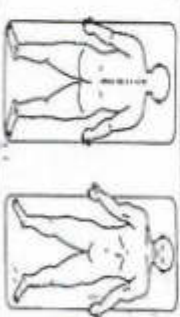
Data: 09/03/19

Localização



Região: M¹E

Grau: I () II (X)



Região:

Grau: I () II ()

Etiologia

() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
(X) Trauma: X Tração Fixador Externo () ortopedia
() Outro:

() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia
() Outro:

Aparência do
Leito

() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização
(X) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros
(X) 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 () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguíneo () Seco
() Outro:

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguíneo () Seco
() Outro:

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco
() Outro:

Quantidade de
Exsudato

(X) Molhado () Úmido () Seco

() Molhado () Úmido () Seco

Solução de
Limpeza

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%
() Outro:

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
() Outro:

Cobertura
primária

(X) Gaze () Colágeno/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

() Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

Troca:

() 12/12 (X) Diário () 48/48h

() 12/12 () Diário () 48/48h

Profissional que
Realizou
procedimento:

Soliane Lima dos Reis
Téc. de Enfermagem
Corgem RR 507 829-TE

Soliane Lima dos Reis
Téc. de Enfermagem
Corgem RR 507 829-TE

01 NOV. 2019

Observações:

GOVERNO DE RORAIMA
Município de RoraimaSECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BIANCA SOBRINHO				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR E				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	107-2	DATA	10/03/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				(38) 06:00
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SND
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H				14 20 06:00
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				(14) 06:00
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Forma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				Manter
14	CURATIVO DIARIO				AS 5:00
15	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H				(14) 06:00
16	GENTAMICINA 240MG EV 1XDIA				(14) 06:00
17	CLEXANE 40MG SC 1XDIA				SUSPENSO
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

01 NOV. 2019

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX
6 H	110/60	102	36,9
12 H	110/82	110	36,2
18 H	110/79	98	36,1
24 H	110/66	107	36,9°C

PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

EQUIPE DE CURATIVO	
Data: 10/03/19	Local: m.e
Aspecto do leito de	Material utilizado
Observações	Técnicos

→ Placenta normal, ataca a 17:00. As gestantes já em
4.º e 16.º mês foi realizado teste para HIV, Hepatite
B, Sífilis e SGV e resultados CPM.

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Troca de fixador externo fêmur Esquerdo

Data: 29/03/19

Nº DO PRONTUÁRIO

Paciente: Bianca Sobrinho

Idade

Blanca: A Entregando 138 Leito: 4

Carra:

Nº

Cirulante: Valência

Sala 06

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

Fixador externo nº 300

Lote: 010715 Código: AF35 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X T

Feb: 03/01/2019 Val: 01/2024
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX 316L

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3558-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 010455 Código: F08 8 208
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
SARTORI - LINEFIX
TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL
Feb: 10/01/2019 Val: 01/2024
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3558-1910 info@sartori.ind.br

Assinatura Responsável

Dr. Marcelo Marques
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1918/RR

PRONTUÁRIO DO PACIENTE

CME

01 NOV. 2019

ASL-0445880/19
 bianca.vieira
 26/08/2020 09:13:46

Bianca Sobrinho
 11/09/99
 00114190312038
 313 ml

Viso pela Hemovigilância

12 04 19
 00114190312038
 313 ml

INICIO: 13:46 F.T. 128 FR 20 SP 100%
 MEIO (5 min): 14:00 F.T. 137 FR 20 SP 100%
 FIM: 14:35 F.T. 142 FR 20 SP 100%
 PROPS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: Robson
 MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: Dr. Andreza

Robson Souza De Paula
 Téc. de Enfermagem
 COREN/RR 561996-TE

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: / /
 Nº BOLSA: /
 BOLSA: ABO: FATOR RH:
 PACIENTE: ABO: FATOR RH:
 SINAIS VITAIS:
 INICIO: h T: PA: P: FR
 MEIO (5 min): h T: PA: P: FR
 FIM: h T: PA: P: FR
 PROPS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: COREN
 MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: CRM:

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: / /
 Nº BOLSA: /
 BOLSA: ABO: FATOR RH:
 PACIENTE: ABO: FATOR RH:
 SINAIS VITAIS:
 INICIO: h T: PA: P: FR
 MEIO (5 min): h T: PA: P: FR
 FIM: h T: PA: P: FR
 PROPS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: COREN
 MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: CRM:

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: / /
 Nº BOLSA: /
 BOLSA: ABO: FATOR RH:
 PACIENTE: ABO: FATOR RH:
 SINAIS VITAIS:
 INICIO: h T: PA: P: FR
 MEIO (5 min): h T: PA: P: FR
 FIM: h T: PA: P: FR
 PROPS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: COREN
 MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: CRM:

OBS: ESTA FICHA DEVE FICAR ANEXADA COM A FICHA ANESTÉSICA.

01 NOV. 2019

118-4

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	04/03/2019	DN	11/09/1999
------------------	-----	------------	----	------------

PACIENTE **BIANCA SOBRINHO**

AGNÓSTICO **FX DIAFISE FEMUR E, METATARSOS PE E**

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	19	LEITO	118-4	DATA
				12/04/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL ZERO CIRURGIA HJ	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	monter
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA	06
9	MECLOPROMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	08 16 24
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	SUSPENSO
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO	m
19	CIPROFLOXACINA 400MG EV DE 12/12H D1 4/4	12 24
20	CLINDAMICINA 600MG EV ou 2cp vo de 300mg DE 8/8H D1 4/4	04 22 06
21		MT F

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS EM COXA ESQUERDA E PE ESQUERDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FERIMENTO COM SINAIS DE FLOGOSE, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, COM BOA EVOLUÇÃO CLÍNICA
 # SOLICITADO:
 # CONDUTA: MANTIDA
 # PROCRAMACÃO DE CIRURGIA: HOJE

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	90/70	82	21	
18 H				
24 H				

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
 CRM-RR 1964
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

12/11/19 paciente no novo
 fôto med com opm
 e 55 vo ger per
 ardo

01 NOV. 2019

- tem outros presunhos - M us



Ministério da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

6 - SEXO

7 - DATA DE NASCIMENTO

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - APLICATIVO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD, ISCE MUNICIPAL

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente ♀ de 45 anos de idade com história
de chafres de febre aguda + lesões necróticas
na pele e cartilagens (E).

18 - HISTÓRICO DE DOENÇAS PREVIAS

Tratamento longo

01 NOV. 2019

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

História + Exame físico + Radiografia

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 OUTRAS ASSOCIADAS

Febre chafres febre (E) + Lesões Necróticas (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intensificação de febre de febre (E) + Restrição de líquidos (E)

26 - CLÍNICA

27 - CATEGORIA DE INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO SIHETE

38 - SÉRIE

39 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBO

45 - EMPREGADO

46 - DESEMPREGADO

47 - AUTÔNOMO

48 - DESEMPREGADO

49 - POSESSOR

50 - NÃO SEGURO

51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

52 - COD. ORGÃO EMISSOR

53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

54 - Nº DO REGISTRO

55 - Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050519 → 5723
V299
0415040035 → R02

0408060360 → T89
483

Bianca Shunho

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 12/04/19

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPEUTICA

TIPO DE INTERVENÇÃO

M. JICAÇÕES E ACIDENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

CIRURGIÃO

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR

ANESTESISTAS

INÍCIO

1º aUXILIAR

INSTRUMENTADORA

ANESTESIA

ANESTÉSICO

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Puente em D.D.H. sob anestesia
- 2) Asepsia e Antiseptização
- 3) Colocação de campos estéril + RMS fraco e extenso
- 4) Incisão longitudinal antero-lateral + divisões por planos
- 5) e visualização do foco da fratura
- 6) Redução manual + fixação de placa MCP 10. Oufreus com parafusos
- 7) Incisão longitudinal + divisões por planos + sutura do músculo
- 8) Colocação de encaixe Osseos
- 9) L.M.C
- 10) Sutura por planos + laceturas
- 11) Desbridamento de lesão necrosada e desbridamento do localizador - e Pe (E)
- 12) L.M.C
- 13) Laceturas
- 14) RPS

01 NOV. 2019

Dr. Odinechi Okemini
Médico Responsável
CRM 144.114-1



Bianca schmidt

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº 300 Vista - 2R

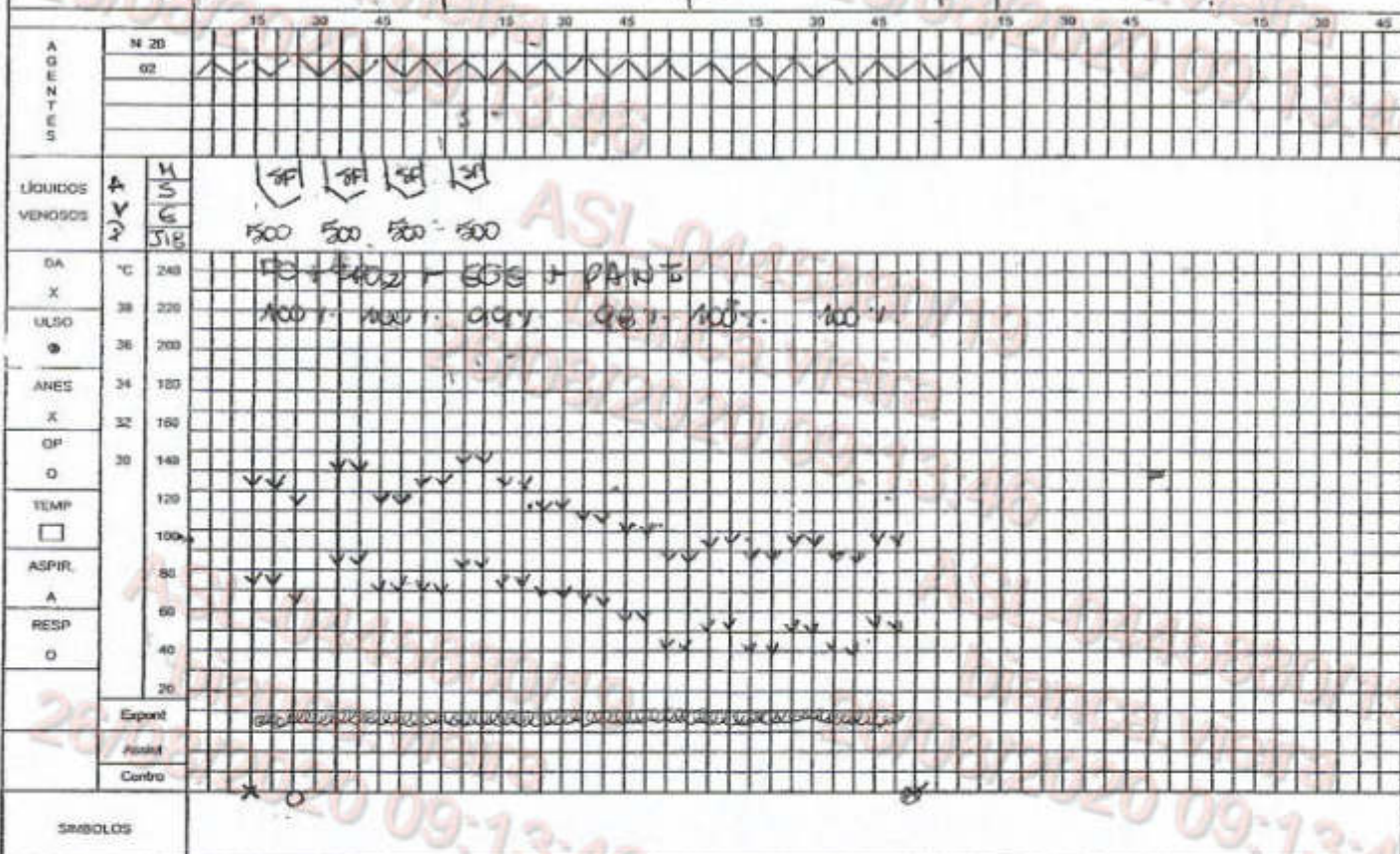
12.04.2019 16:00

12:00

13:00

14:00

15:00





FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

199

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Joaquim Sobrinho		118-04		12/04/19
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
Ombrotomia de Faturação de Tórax (E)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		12:45	15:05	2:20
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		
Dr. Marcela Amorim		Dr. Michel		
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		
Dr. Ederson		Dr. (R) Janete R.2		
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		
Dr. Marcelo e Dr. Pablo R.3		CIRCULANTE		
TI. DE ANESTESIA:		Manoela e Grande / Robson e Luanda		
QUANT.		TEMPO DE DURAÇÃO		
MATERIAIS		QUANT.		
VALOR		MEDICAMENTOS		
PÓS COMPRESSAS C. 00		FRASCOS SORO FISIOLÓGICO 250ml		
UNID.		FRASCOS SORO RINGER LACTADO 500ml		
PACOTES GAZE		FRASCOS SORO GLICOSADO		
LUA ESTERIL 7.5		FIO VICRYL N° 2-0 / 1		
LUA ESTERIL 7.5		FIO MONONYLON N° 2-0		
LUA ESTERIL 8.5		FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°		
LUA ESTERIL 8.5		FIO ALGODÃO COM AGULHA N°		
LUA ESTERIL 8.5		FIO CATGUT SIMPLES N°		
LUA ESTERIL 8.5		FIO CATGUT CROMADO N°		
LUA ESTERIL 8.5		FIO CATGUT N° 2-0		
LUA ESTERIL 8.5		FIO SEDA N°		
LUA ESTERIL 8.5		SURGICAL Vercyl 1.0		
LUA ESTERIL 8.5		CERA P/ OSSO		
LUA ESTERIL 8.5		KIT CATARAL		
LUA ESTERIL 8.5		GLOFOAM		
LUA ESTERIL 8.5		FIO CARDIAL		
LUA ESTERIL 8.5		OUTROS: Eletrodo		

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		
Robson Souza De Paula		Téc. de Enfermagem		
COREN-RR 961990-TE		COREN-RR 961990-TE		
FUNÇÃO/CALCULOS		MATERIAL MEDICAMENTOS		
TAXA DE SALA		SUB-TOTAL		
TAXA DE ANESTESIA		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

01 NOV. 2019

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Osteosintese fém. de fêmur Esq.

Data: 12 / 04 / 19

Nº DO PRONTUÁRIO

Paciente: Bianca Sobrinho

idade 19

Bloco: A Enfermaria 118 Leito: 04

Caixa:

Nº

Circulante: Robson + Lourdes

Sala

IV

Conferência Expurgo CME:

Materia! Utilizado:

Fio de Kirsch 2.0

Placa Longa 12 Furos

Parafuso cortical Nº 40 ☒

Parafuso cortical Nº 42 ☐

Parafuso cortical Nº 46 ☐

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

Dr. Anderson P. Silva

Dr. Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733 RQE 676

01 NOV 2019



8/3/2019 11:15:03



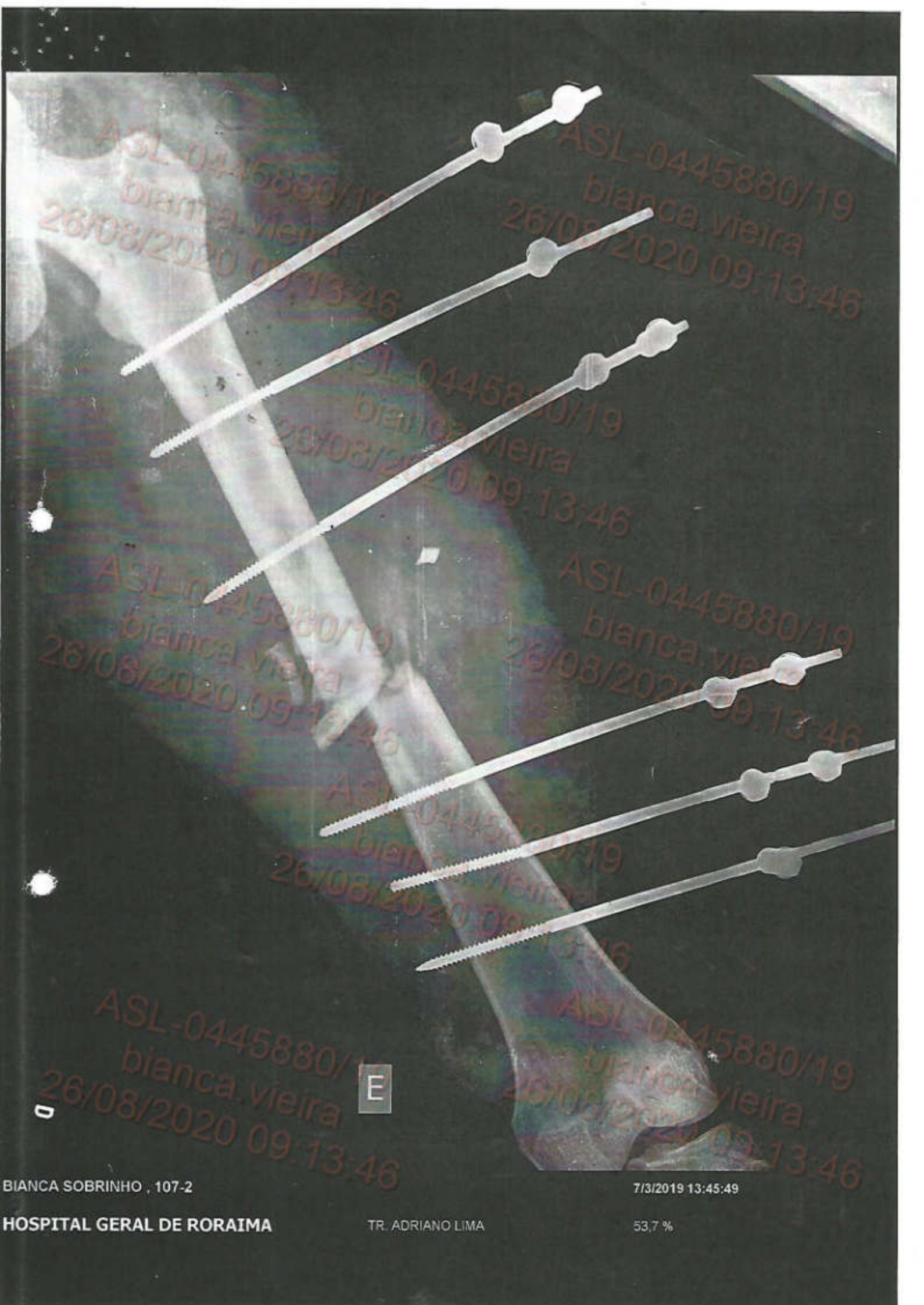
40,8 %

BLOC: A 107-02

8/3/2019 11:15:03

61,9 %

BIANCA SOBRINHO



E

E

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

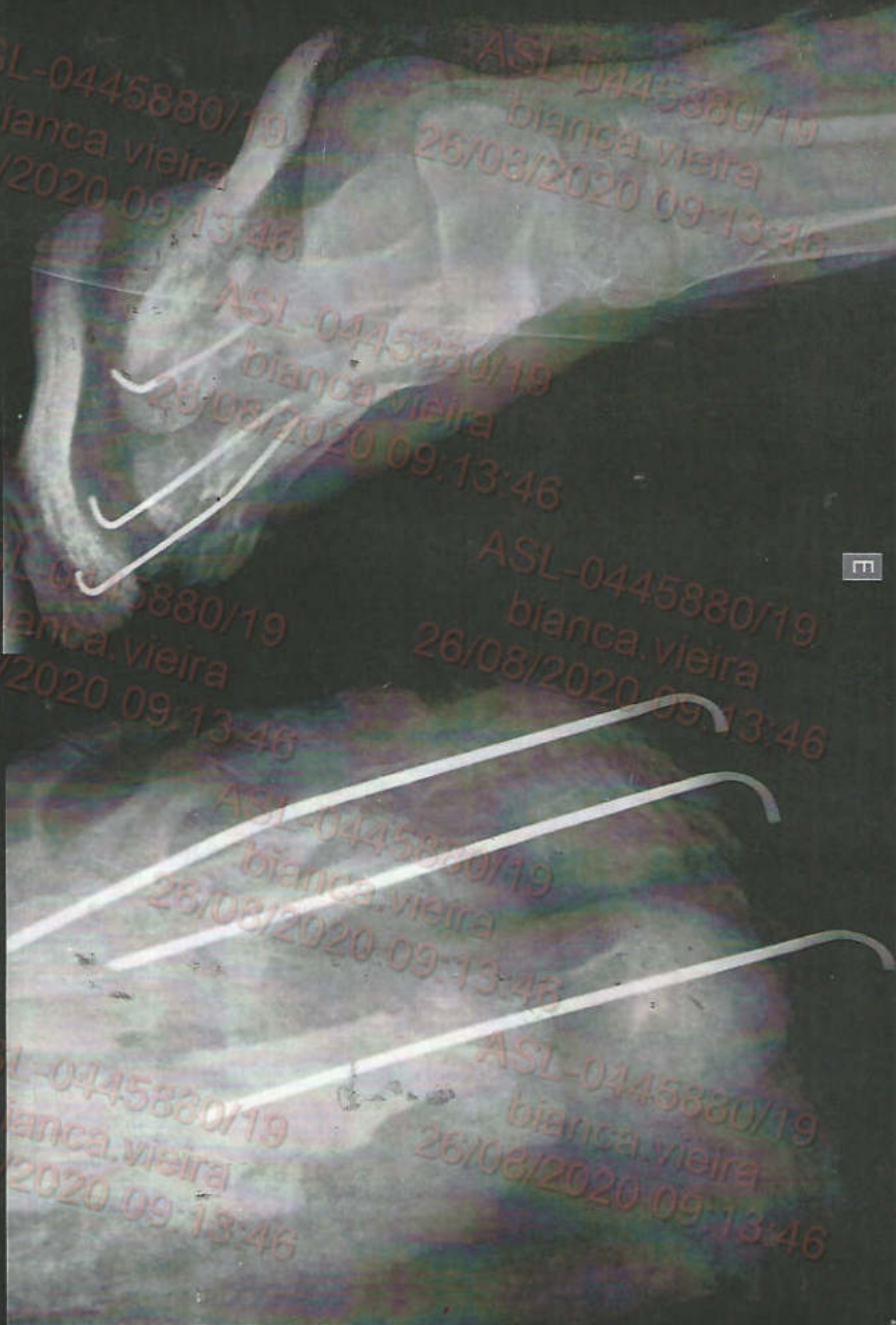
BIANCA SOBRINHO

58.4 %

5/3/2019 03:45:35

113.4 %

5/3/2019 03:45:35



ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

5/3/2019 04:02:21

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

71.3 %

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

5/3/2019 04:02:21

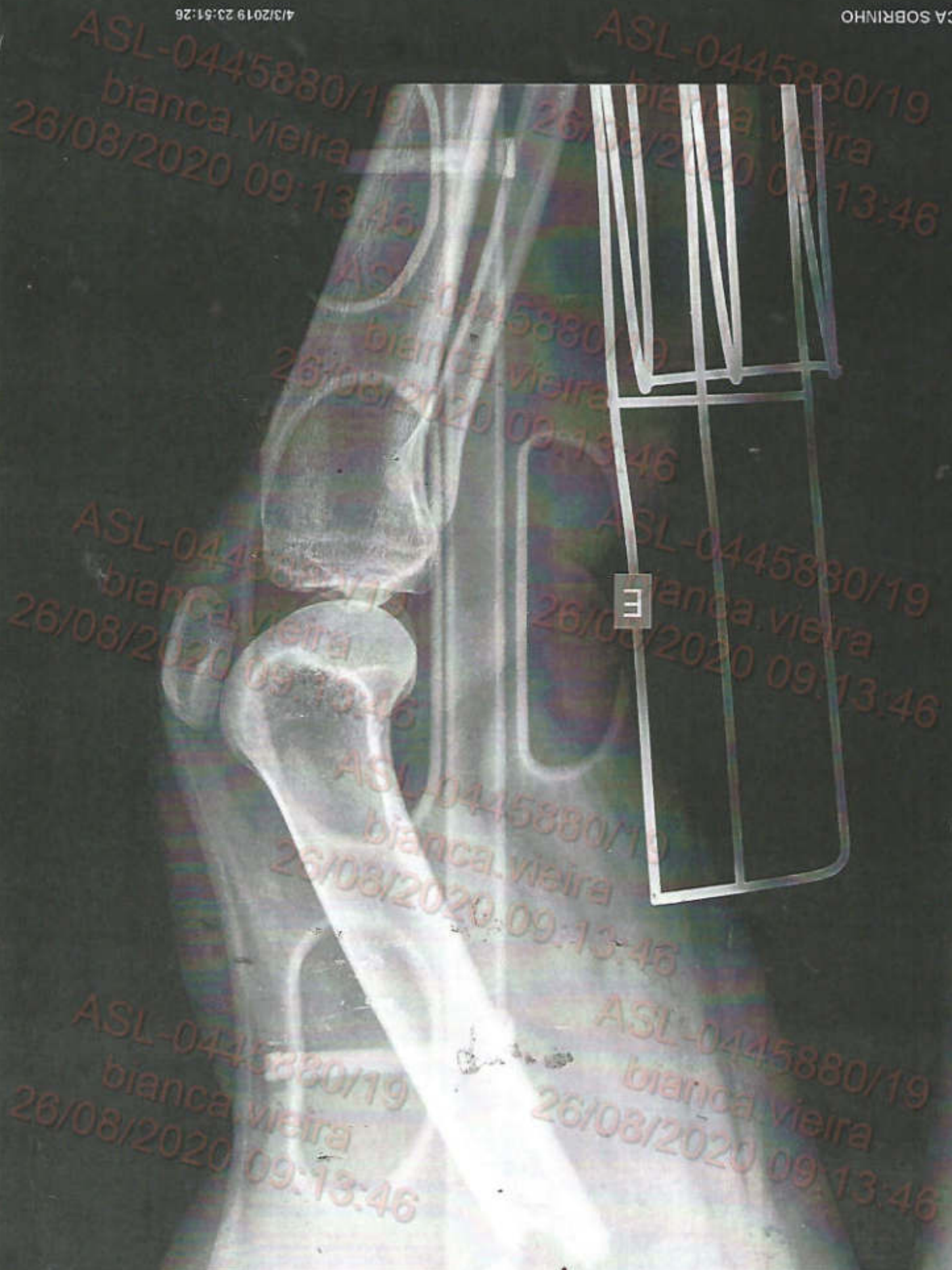
ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

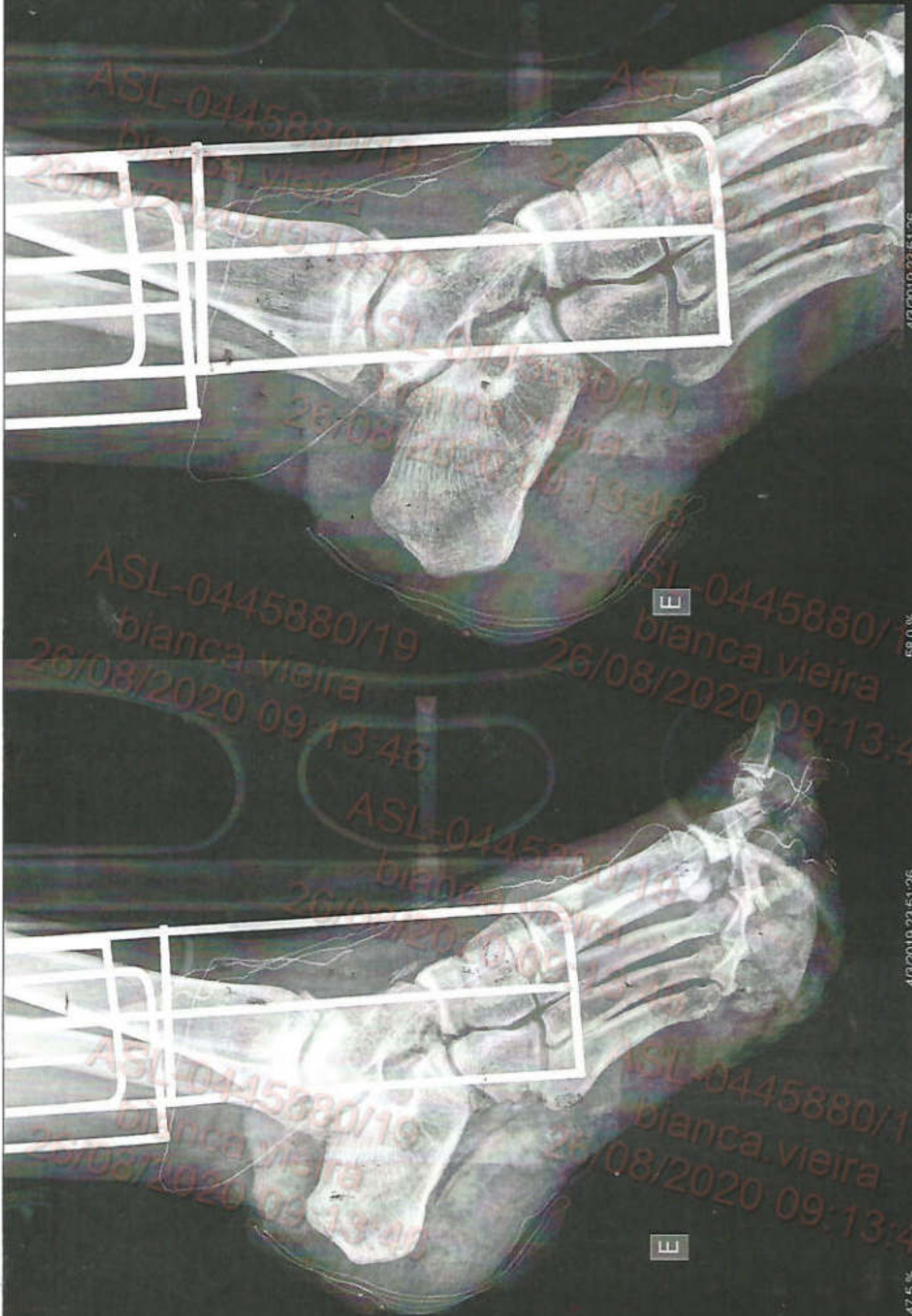
ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

71.3 %

BIANCA SOBRINHO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA





4/3/2019 23:51:26

58.0 %

4/3/2019 23:51:26

47.5 %

BIANCA SOBRINHO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

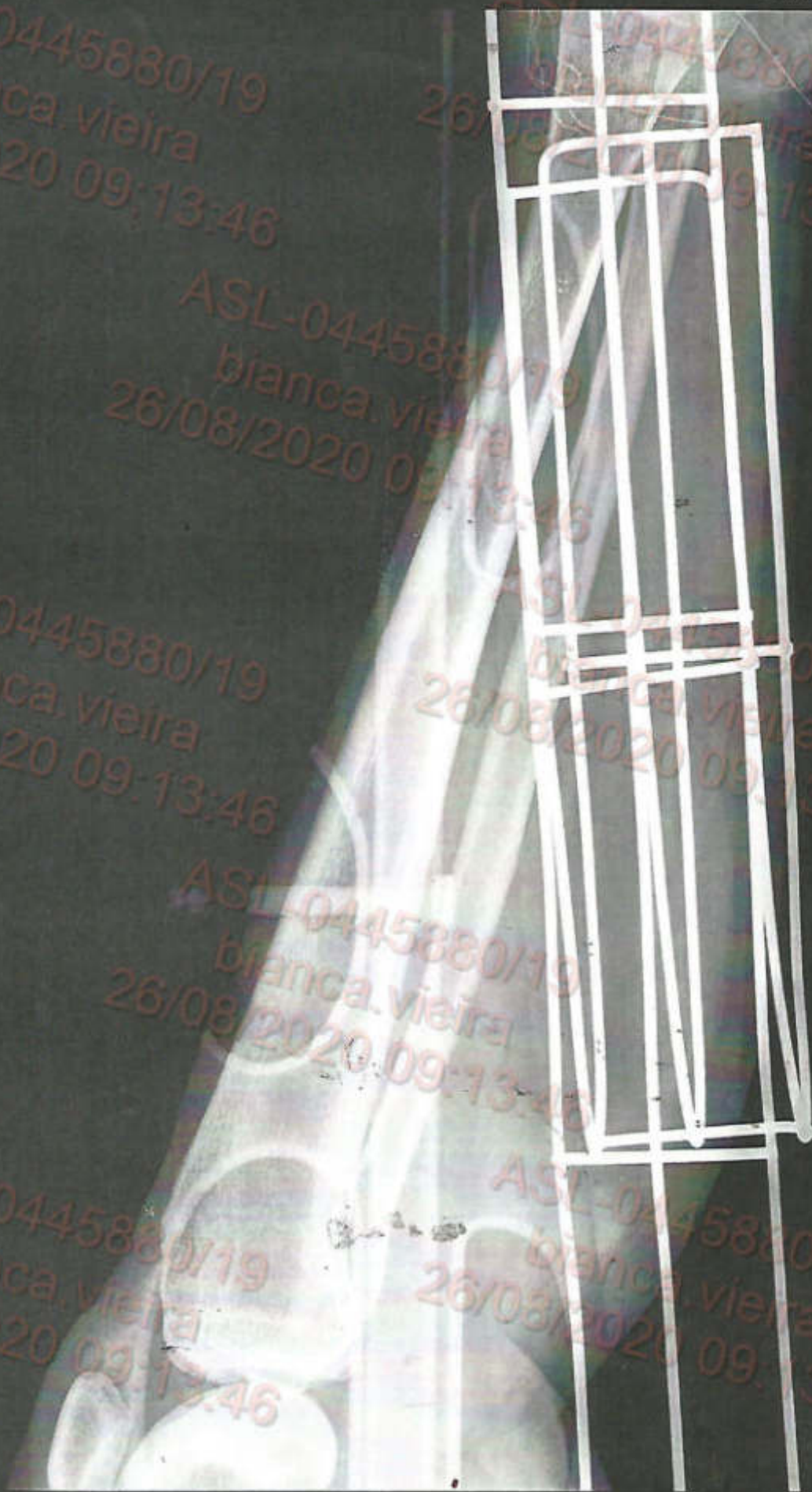
ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46







BIANCA SOBRINHO

4/3/2019 23:51:26

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

53,7 %