

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: **039.493.412-38** Nome completo da vítima: **Bianca Sobrinho**
CPF: **039.493.412-38** **CEP:** **69.314-332**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: **Bianca Sobrinho** **Título:** **335** **Complemento:**
Endereço: **Rua Vicente Tavares de Melo** **Estado:** **RR** **CEP:** **69.314-332**
Barro: **Silves Beira** **Cidade:** **Boa Vista** **Tel (DDD):** **(65) 99194-4282**
E-mail: **gloirr@hotmail.com**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- REUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 \$10.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA OPCIÃO 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 da BANCO: **Itaú**

AGÊNCIA: **6953** CONTA: **25425** **4**
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **6953** CONTA: **25425** **4**
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, a liberação 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 e 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 à 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 a avaliação médica as custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: **Boa Vista - RR, 01/05/2019**
 Nome: **Bianca Sobrinho**
 CPF: **039.493.412-38**

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura
 2º | Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A.ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

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 teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVAÇÃO DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BOLETIM N° 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, Silvio Leite

DATA

HORA

08/02/2019 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:XXXXXXXXXX	MÃE: XXXXXXXXXXXX		
ESCOLARIDADE: XXXXXXXX	NATURAL: XXXXXXXXX		NACION: XXXXXX
SEXO: XXXXXXXXXXXX	IDADE: xxxxxxxxx		RAÇA: XXXXX
TEL CEL: XXXXXX	ESTADO CIVIL: XXXX	PROFISSÃO: XXXXXXXXX	

DADOS DO ENVOLVIDO

NOME: JENUAN ALEXANDRE DA SILVA		CNH:	RG:
DATA NASC: XXXX	End: TRAVESSA SII VIO LEITE, Nº610 BAIRRO, SILVIO LEITE		
PAI:xxxxxxxx	MÃE: XXXXXXXXXXXXXXXX		
ESCOLARIDADE: XXXXXXXXX	NATURAL: XXXXXXXXX		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:xxxxxxxx			
ESCOLARIDADE: XXXXXXXXX	NATURAL:		NACION:
SEXO: Feminina	IDADE: 19 anos		RAÇA: xxxx
TEL CEL: xxxxxxxx	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: TECNICA EM ENFERMAGEM	

DADOS DO ENVOLVIDO

NOME: JONIS WALBER DE SOUZA GOUCH		CNH: 02372044218	RG: 90001014795 SSP/CE
DATA NASC: XXXX	End: AV. PRincesa ISABEL, Nº2827, TANCREDO NEVES		
PAI:xxxxxxxx			
ESCOLARIDADE: XXXXXXXXX	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 vitimas lesão corporal no endereço supracitado. Conforme as informações colhidas no local e relato dos envolvidos, o Item

4º DISTRITO POLICIAL de BOA VISTA/RR

Recebido
Em: 17.09.19



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



01 Srº JENUAN conduzia o veiculo V1 e tinha a Item 02 Srº BIANCA como passageira e trafegava na Avenida GAL. ATAIDE TEIVE sentido Centro/Bairro, quando no cruzamento com a AV. SÃO JOAQUIM colidiu seu veiculo V1 na parte dianteira do lado esquerdo do veiculo 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 açãoada, 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 etilômetro, 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.

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 PÉRITO CLEIDSON.

José Benedito Bezerra
APC

ROP/PM 810343 - SÉRIE - J
Comunicante

DESPACHO

- Arquivar (fato atípico)
- Aguardar novos fatos
- Informar o comunicante/vítima
- Intimar suspeito
- Intimar as partes para TCO

- Aguardar representação
- Ao S. I. para investigação
- Aguardar o comparecimento da vítima
- Decurso do prazo decadencial - Arquivar
- Requisitar relatório
- Remeter e juntar laudo
- Intimar

31/08/2020
Pág. 1 de 1
Por Douglas Gabriel de Cruz
Assistente de Polícia Civil
Mat. 042000194

CONFIRME COM O INICIAL
DATA: 31/08/2020
Assinatura: Douglas Gabriel de Cruz
Assistente de Polícia Civil
Mat. 042000194

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. 10/09/19

01 NOV. 2019

PMRR-CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº 810343

Vtr CIPTUR02	SUCp CIPTUR	Data 04/03/19	S/Setor OESTE	H/Transm 21:35	H/Iní 21:35	CH/h 21:40	H/Fim 00:20
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13006/13010/13999			Cód. Ser. Prest. XXXXXXXXXXXXXX	Km/Iní. 114850	Km/Fim. 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 PASSAGEIRA 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 GOUCH			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			LOCAL			
HISTÓRICO							
Senhor (a) Delegado (a), Fomos acionados via Ciops para atendimento da 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 veiculo 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 veiculo V1 na parte dianteira do lado esquerdo do veiculo 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 etilômetro, 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	CIPTUR - CPC			
Posto/Graduação				SUOp			
RELATOR							

01 NOV. 2019



Eletrobrás
Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobrás, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0067523-7

Eletrobrás Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Gómez, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal Alimenta o Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos autorizado pelo SEFAZ 368/13

Nº de Nota Fiscal: 000935236

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

CONTAMÉS	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	AVAH	DADOS DA LEITURA	
Atual:		923		Atual:	18/06/2018
Anterior:		923		Anterior:	17/05/2018
Constante de Multiplicador:		1.000		Próxima Leitura:	18/07/2018
Consumo Médio:		0		Emissão:	15/06/2018
Consumo Faturado:		50	FCAM	Apresentação:	18/06/2018

MINIMO

32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	SI		2805043	N 1521521	1.1.1.2	1231

DISJONTORE (kWh)	DESCRIPÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	CONSUMO	50 A R\$ 0,564414 =
MAI/18 228	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 05/18-00	28,22
ABR/18 1800	HULTA POR ATRASO DE I 05/18-00	0,04
MAR/18 1374	JUROS DE MORA POP ATR 05/18-00	0,69
FEV/18 1417	MULTA POR ATRASO 05/18-00	0,01
JAN/18 1359	JUROS DE MORA DE INPO 05/18-00	2,60
DEZ/17 1620	ILUMINACAO PÚBLICA	0,05
NOV/17 1568		23,56
OUT/17 1347		
SET/17 1074		
AGO/17 949		
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 H 50 - 0,45778		

AVISO: AGENTES RECLAMANTES REAVISAM VENCIMENTO
CASO HAJA LIGURNCIA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P
ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabens! Até o dia 15/06/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 050A.C7E2.73A1.4EC3.6482.A4C6.5490.E55D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	13,71	Base de Cálculo:	20,22
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,57	Valor do ICMS:	4,79
Encargos:	5,37	Valor do PIS:	0,10
Tributos:		Valor da COFINS:	0,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE

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

01 NOV. 2019



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Eraldo Góes, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0108915-3

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

ILOR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-200 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA
Atual: 27732
Anterior: 27536
Consume de Multiplicação: 1,000
Consumo Médio: 196
Consumo Fatorado: 196

ROT: 5.001.12.04.021718
DATA DA LEITURA:
Atual: 25/07/2019
Anterior: 24/06/2019
Próxima Leitura: 25/08/2019
Emissão: 24/07/2019
Apresentação: 25/07/2019

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Lípida	Número Medidor	Ponto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	5 BI	2206908	N 1519448	1.1.1.2	238
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo					
JUN/19	158	CONSUMO	196 A R\$ 0,764602 =	149,86	
MAI/19	100	ILUMINACAO PUBLICA		42,55	
ABR/19	178				
MAR/19	263				
FEV/19	237				
JAN/19	231				
DEZ/18	209				
NOV/18	370				
OUT/18	345				
SET/18	246				
TOTAL SEM TRIBUTOS:					
R\$ 196 - 0,64620					

DESCRIÇÃO DA CONTA

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
Mes/Año Valor R\$ 06/2019 164,28 Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/08/2019, em função das contas faltantes neste faturamento. O não pagamento poderá ensejar também a instauração de caso de consumo na SEDRA. Informamos ainda que o valor da conta é 212,94 (valor histórico). Caso tenha 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, 964F, 5C4F, C72D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	38,51	Base de Cálculo:	149,86
Energia:	81,64	Aliquota 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

SEU CÓDIGO
0108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$

192,41

MÊS FATURADO
07/2019

VENCIMENTO
11/08/2019

Nº da Nota Fiscal
003319917 FCAM

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Eraldo Góes, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

836800000017 924100750000 0 0000000108 1 915307190081



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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZADA 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 Iloir Inacio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512-04, 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 Imóveis

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 Pinheiro Galvão</u>			Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:
E-mail:	<u>iloirri@hotmail.com</u>			Tel.(DDD):	<u>(95)99194-4282</u>	

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

Assinatura do Declarante

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

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

NAME	ELOIR INACIO DE SOUZA		
DOC. IDENTIDADE /ORG. EMISSOR/	114807 SSP RR		
CPF	383.051.512-04	DATA NASCIMENTO 07/06/1978	
PLACAR	JOSE SOUZA DE ASSUNCAO		
ONIRIR INACIO DE OLIVEIRA			
PERMISSÃO	ACC	CAT. JAH 2B	
DATA REGISTRO	01/01/1912304	VALIDADE	28/01/2020
		PRIMERAÇÃO 15/12/1999	
OBSERVAÇÕES			
ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL	BOA VISTA - ROBAINA	DATA DE EMISSÃO 30/01/2015	
		NÚMERO 192495240616 RR2079686020	
ACELVIO NUNESCHI PEREIRA DIRETOR FREQUENTE			
AUTENTICAÇÃO DO EMISSOR			
DET RANISAR (RIO DE JANEIRO)			

980151096

TRABALHADOR

Esta é a Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 32.503 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 3.452 de 09.05.1945 que aprova a C.T.T., que é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego em atividade profissional.

Nela devem ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o conhecimento dos seus direitos quanto à durabilidade do trabalho, bem como para a eficiência da apresentação e demais benefícios previstos nela, 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, auxiliam 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 dessa 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 INSTRUMENTOS DO
FAT - FUNDÔO DE APOSENTADORIA E TÍTULOS

VISITE O PONTO ATÉ: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

161.42491.32-9

8131735

0040

RR

Bianca Sobrinho



ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

DATA

DATA INICIAL DE
DOCUMENTO

VALIDADE

NAME

DOCUMENTO

VALIDADE

NAME

DOCUMENTO

VALIDADE

NAME

DOCUMENTO

VALIDADE

NAME

DOCUMENTO

VALIDADE

BIANCA SOBRINHO

FILIAÇÃO: EVA SOBRINHO

NASCIMENTO: 11/06/1999

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOAVISTA - RR

DOCUMENTO: RG: 4152150 SESP RR 23052010

LEI Nº 9.046, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 058.403.412-18

CRNH: 00000000000000000000000000000000

SEÇÃO: 00000000000000000000000000000000

ZONA: 00000000000000000000000000000000

TIT. ELEITOR:

LOCAL/ DATA DE EMISSÃO: SITIEIR - 08/02/2015



01 NOV. 2019

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	BIANCA Sobrinho
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	ESTUDANTE
IDENTIF.	415 2190 SSP/RR
ENDERECO:	RUA VICENTE TAUARES DE MELO, 315 - Sítio Leite

OUTORGADO

NOME:	JOAIR INACIO DE SOUSA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	ARTONOMO
IDENTIF.	114.807 SSP/RR
ENDERECO:	RUA AUTORIO PINTHEIRO GALVÃO 1832, BURITIS

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: 04/103/2019, cobertura Incêndio, vitima: Bianca Sobrinho.

Boa Vista - 07/08/2019

LOCAL E DATA


 Bianca Sobrinho

ASSINATURA DO OUTORGANTE

01 NOV. 2019



DANIEL
AQUINO
107689 - Seção 01324574
Reconhecido por VERDADEIRA a(s) firma(s)
BIANCA SOBRINHO

Em testemunha da verdade. BPO
De que dou fé. Boa Vista/DF, 07 de maio de 2019.
Consulte o(a) seção abaixo em cidades.portalseletor.com.br
RECFIR1662954ROPOLAYQBSRV51

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

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Testemunha e Registrador
Av. Atílio Teixeira, 4587 - Asa Branca - Boa Vista/DF
Fone: (61) 3427-4150
Email: daniel.sobrinho@cartorioaqueino.com.br

107.689

Daniela Oliveira de Aquino
Escrivane Autorizada

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: 00000025725-7

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

Valorização 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 ANALISE 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

Valorização 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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 LOPEZ 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





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 POLICIA
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



01/06/2020

Via de Pagamento para o mês/ano: 05/2020 referente a UC 1089170



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

ILOR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4
BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	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



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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. 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 ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Bianca Sobrinho de Souza,
inscrito (a) no CPF/CNPJ 363.061.512 / 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 Invalidade da Vítima Bianca Sobrinho,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.493.412 / 18, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

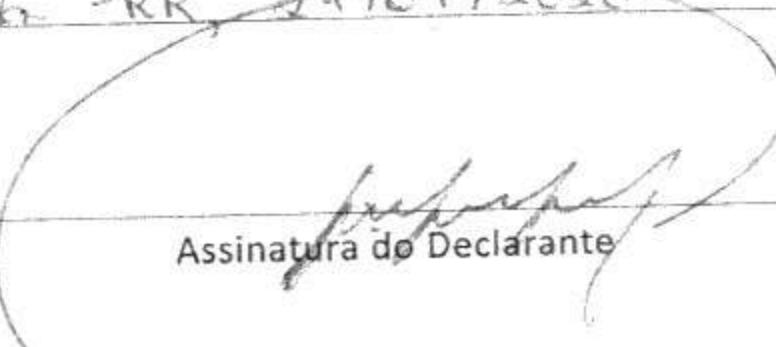
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

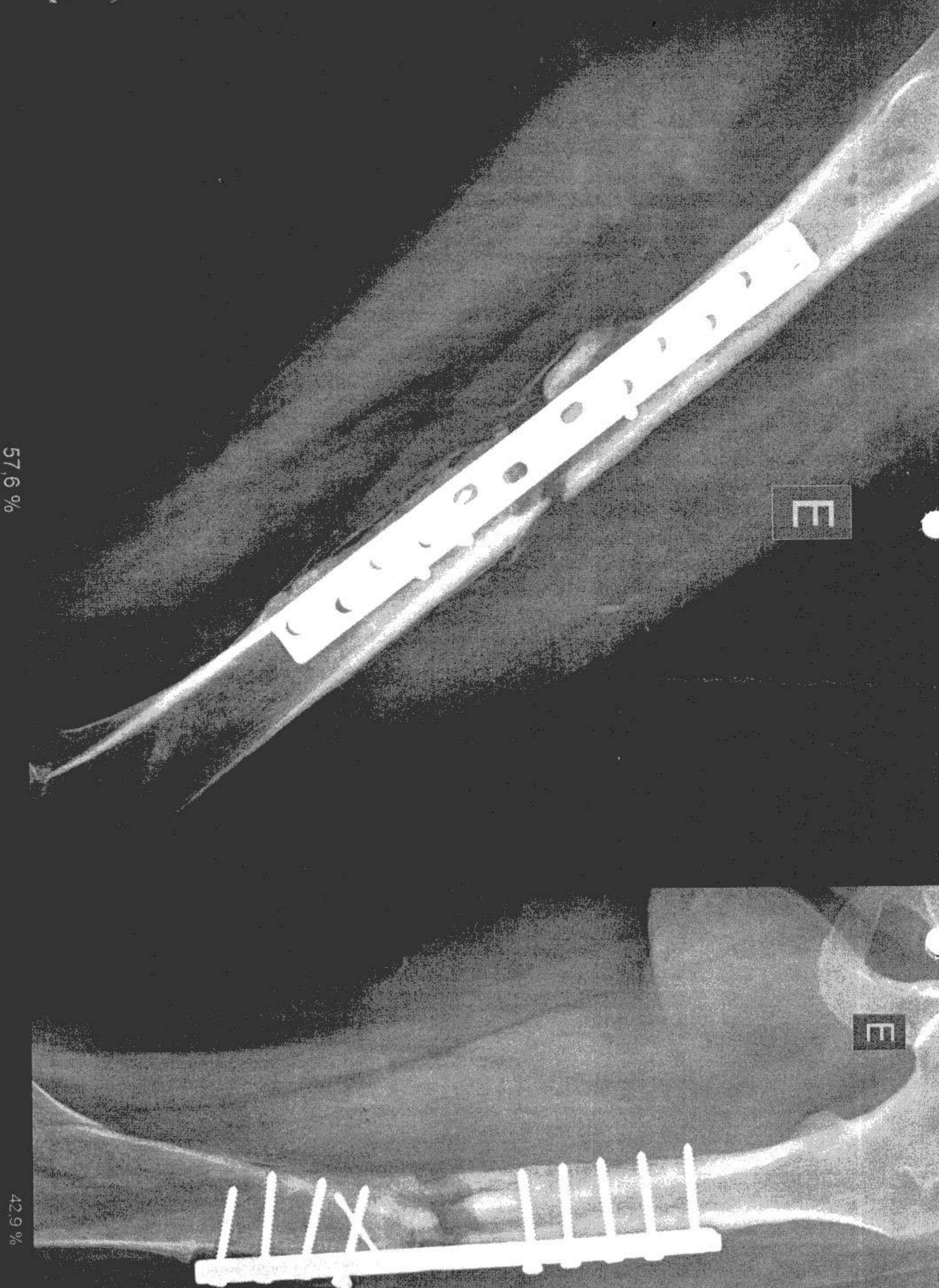
Recuso informar

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. Valadares</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Bonfim</u>	Cidade:	<u>Bonfim</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail:	<u>TRORRRA@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 98464-5368</u>

Local e Data: Bonfim - RR, 21/07/2020


Assinatura do Declarante



57,6 %

BIANCA SOBRINHO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: LEITO 316

Nr: 335

Data: 03/02/2020

Tec: ALILSON

42,9 %



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE

Bruno Colares

ANOS,

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, *13/03/20*, COM
DIAGNÓSTICO DE *fratura de joelho Esquerdo*

NO DIA *16/03/20*, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Artroscopia do joelho F

SENDO

OPERADO PELO DR.

Rodrigo

E DR.

Ricardo

EM

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA *18/03/20*, AS *10:00*, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL

CORONEL MOTA NO DIA

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

COM O

DR.

Edson

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 RR 1964



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho: Enfermagem
 Cárabas - RR 001.058.491-
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

1901196806	11/12/2019 01:08:02	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19-	4
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
BIANCA SOBRINHO		11/09/1999	20 A 3 M 0 D	703402678516100	03949341218	00171529	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	4152190	RR	23/08/2010	F	SOLTEIRO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR
Mãe					Pai		Contato
EVA SOBRINHO					NC		(95) 99153-6653
Endereço							Ocupação
RUA - VICENTE TAVARES DE MELO - 315 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira			Validade	Autorização	Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.			Procedência	Temp.	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Setor	Type de Chegada				Procedimento Sol.	Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL					SOUSA	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
						GSC	TOTAL
						AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	15
Anamnese de Enfermagem							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) Vim para de coisas muito xusto com traumas em casa essa é dia o abuso direto							
Exame Físico Traumas Rúvia de mui							
Hipótese Diagnóstica Poutraz							
SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
DIPIMINA 2g IV. + tiazol 40mg IV							
otopon							
fratim clavul di							
tert bicantra letar jude - ei							
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: Onipedia							
Óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			



F
Data 18.03.2020

Anexo I

BLOCO F

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						4 - CNES	
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO				
<i>Bruno Sombra</i>			171529				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO				
2103402678520100			01/09/1999			Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			9 - SEXO				
<i>Eva Sobreiro</i>						Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
11 - TELEFONE DE CONTATO				Nº DO TELEFONE			
<i>(91) 5919-1364</i>				3827			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
<i>Rua Vicente Tavares s/nº 815 DR. Silviano Teixeira</i>			Bú			15 - UF	16 - CEP
						DR	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
<i>O paciente de 31 anos E + envelhece</i>							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
<i>18 dias</i>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
<i>18 dias</i>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
<i>RCG + DMSM Mito</i>							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<i>1K PMS 7</i>							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
<i>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</i>				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
				<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<i>Vilson Koski</i>				16/03/2020		<i>Médico Ortopedista e Traumatologista</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)							
33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
34 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA					
35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
<input type="checkbox"/> EMPREGADO		<input type="checkbox"/> EMPREGADOR		<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO		<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO	
						<input type="checkbox"/> APOSENTADO	
						<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
<i>16/3/20</i>							
<i>0408050519</i>							
<i>5723</i>							

Bravo
Silviano

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 16/03/90

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO:

Dolson

1º auxiliar:

Rodolfo

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

INSTRUMENTADORA:

5

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

O paciente é um D.D. 45 sob sedoanalgésico.
O trânsito é abdominal
O colostoma no cós é aberto.
O I-vac é na região lateral da fíbula E
da fossa ilíaca com reabsorção horaria
com gastos de 1000 ml.
Linfase SFOB + enxerto ósseo ilíaco
Sutura com Vicryl + Nylon
Curativos
SAO RPP

Dr. Dolson Feitosa
Ortopedista Traumatologista
CRM-FE 1172Ortopedia e Traumatologia
Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro
9000-00000
Qualicente
Cidade Universitária
UFRGS

Alvejia: Bucogástrica

Scavens

Coxotomopélio

elétrica

Branco Sobrinho 20 a 0

PRESCRIÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

FNT 100 mg { 3v
MDZ 5 mg { 8:30 Sot. sifonico.

Boa Vista - RR

16/03/20

8:00 9:00 10:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00

A
G
E
N
T
E
SN 20
02
03
04
05
06
07
08
09
010
011
012
013
014
015
016
017
018
019
020
021
022
023
024
025
026
027
028
029
030
031
032
033
034
035
036
037
038
039
040
041
042
043
044
045
046
047
048
049
050
051
052
053
054
055
056
057
058
059
060
061
062
063
064
065
066
067
068
069
070
071
072
073
074
075
076
077
078
079
080
081
082
083
084
085
086
087
088
089
090
091
092
093
094
095
096
097
098
099
0100
0101
0102
0103
0104
0105
0106
0107
0108
0109
0110
0111
0112
0113
0114
0115
0116
0117
0118
0119
0120
0121
0122
0123
0124
0125
0126
0127
0128
0129
0130
0131
0132
0133
0134
0135
0136
0137
0138
0139
0140
0141
0142
0143
0144
0145
0146
0147
0148
0149
0150
0151
0152
0153
0154
0155
0156
0157
0158
0159
0160
0161
0162
0163
0164
0165
0166
0167
0168
0169
0170
0171
0172
0173
0174
0175
0176
0177
0178
0179
0180
0181
0182
0183
0184
0185
0186
0187
0188
0189
0190
0191
0192
0193
0194
0195
0196
0197
0198
0199
0200
0201
0202
0203
0204
0205
0206
0207
0208
0209
0210
0211
0212
0213
0214
0215
0216
0217
0218
0219
0220
0221
0222
0223
0224
0225
0226
0227
0228
0229
0230
0231
0232
0233
0234
0235
0236
0237
0238
0239
0240
0241
0242
0243
0244
0245
0246
0247
0248
0249
0250
0251
0252
0253
0254
0255
0256
0257
0258
0259
0260
0261
0262
0263
0264
0265
0266
0267
0268
0269
0270
0271
0272
0273
0274
0275
0276
0277
0278
0279
0280
0281
0282
0283
0284
0285
0286
0287
0288
0289
0290
0291
0292
0293
0294
0295
0296
0297
0298
0299
0300
0301
0302
0303
0304
0305
0306
0307
0308
0309
0310
0311
0312
0313
0314
0315
0316
0317
0318
0319
0320
0321
0322
0323
0324
0325
0326
0327
0328
0329
0330
0331
0332
0333
0334
0335
0336
0337
0338
0339
0340
0341
0342
0343
0344
0345
0346
0347
0348
0349
0350
0351
0352
0353
0354
0355
0356
0357
0358
0359
0360
0361
0362
0363
0364
0365
0366
0367
0368
0369
0370
0371
0372
0373
0374
0375
0376
0377
0378
0379
0380
0381
0382
0383
0384
0385
0386
0387
0388
0389
0390
0391
0392
0393
0394
0395
0396
0397
0398
0399
0400
0401
0402
0403
0404
0405
0406
0407
0408
0409
0410
0411
0412
0413
0414
0415
0416
0417
0418
0419
0420
0421
0422
0423
0424
0425
0426
0427
0428
0429
0430
0431
0432
0433
0434
0435
0436
0437
0438
0439
0440
0441
0442
0443
0444
0445
0446
0447
0448
0449
0450
0451
0452
0453
0454
0455
0456
0457
0458
0459
0460
0461
0462
0463
0464
0465
0466
0467
0468
0469
0470
0471
0472
0473
0474
0475
0476
0477
0478
0479
0480
0481
0482
0483
0484
0485
0486
0487
0488
0489
0490
0491
0492
0493
0494
0495
0496
0497
0498
0499
0500
0501
0502
0503
0504
0505
0506
0507
0508
0509
0510
0511
0512
0513
0514
0515
0516
0517
0518
0519
0520
0521
0522
0523
0524
0525
0526
0527
0528
0529
0530
0531
0532
0533
0534
0535
0536
0537
0538
0539
0540
0541
0542
0543
0544
0545
0546
0547
0548
0549
0550
0551
0552
0553
0554
0555
0556
0557
0558
0559
0550
0551
0552
0553
0554
0555
0556
0557
0558
0559
0560
0561
0562
0563
0564
0565
0566
0567
0568
0569
0560
0561
0562
0563
0564
0565
0566
0567
0568
0569
0570
0571
0572
0573
0574
0575
0576
0577
0578
0579
0580
0581
0582
0583
0584
0585
0586
0587
0588
0589
0580
0581
0582
0583
0584
0585
0586
0587
0588
0589
0590
0591
0592
0593
0594
0595
0596
0597
0598
0599
0590
0591
0592
0593
0594
0595
0596
0597
0598
0599
0600
0601
0602
0603
0604
0605
0606
0607
0608
0609
0600
0601
0602
0603
0604
0605
0606
0607
0608
0609
0610
0611
0612
0613
0614
0615
0616
0617
0618
0619
0610
0611
0612
0613
0614
0615
0616
0617
0618
0619
0620
0621
0622
0623
0624
0625
0626
0627
0628
0629
0620
0621
0622
0623
0624
0625
0626
0627
0628
0629
0630
0631
0632
0633
0634
0635
0636
0637
0638
0639
0630
0631
0632
0633
0634
0635
0636
0637
0638
0639
0640
0641
0642
0643
0644
0645
0646
0647
0648
0649
0640
0641
0642
0643
0644
0645
0646
0647
0648
0649
0650
0651
0652
0653
0654
0655
0656
0657
0658
0659
0650
0651
0652
0653
0654
0655
0656
0657
0658
0659
0660
0661
0662
0663
0664
0665
0666
0667
0668
0669
0660
0661
0662
0663
0664
0665
0666
0667
0668
0669
0670
0671
0672
0673
0674
0675
0676
0677
0678
0679
0670
0671
0672
0673
0674
0675
0676
0677
0678
0679
0680
0681
0682
0683
0684
0685
0686
0687
0688
0689
0680
0681
0682
0683
0684
0685
0686
0687
0688
0689
0690
0691
0692
0693
0694
0695
0696
0697
0698
0699
0690
0691
0692
0693
0694
0695
0696
0697
0698
0699
0700
0701
0702
0703
0704
0705
0706
0707
0708
0709
0700
0701
0702
0703
0704
0705
0706
0707
0708
0709
0710
0711
0712
0713
0714
0715
0716
0717
0718
0719
0710
0711
0712
0713
0714
0715
0716
0717
0718
0719
0720
0721
0722
0723
0724
0725
0726
0727
0728
0729
0720
0721
0722
0723
0724
0725
0726
0727
0728
0729
0730
0731
0732
0733
0734
0735
0736
0737
0738
0739
0730
0731
0732
0733
0734
0735
0736
0737
0738
0739
0740
0741
0742
0743
0744
0745
0746
0747
0748
0749
0740
0741
0742
0743
0744
0745
0746
0747
0748
0749
0750
0751
0752
0753
0754
0755
0756
0757
0758
0759
0750
0751
0752
0753
0754
0755
0756
0757
0758
0759
0760
0761
0762
0763
0764
0765
0766
0767
0768
0769
0760
0761
0762
0763
0764
0765
0766
0767
0768
0769
0770
0771
0772
0773
0774
0775
0776
0777
0778
0779
0770
0771
0772
0773
0774
0775
0776
0777
0778
0779
0780
0781
0782
0783
0784
0785
0786
0787
0788
0789
0780
0781
0782
0783
0784
0785
0786
0787
0788
0789
0790
0791
0792
0793
0794
0795
0796
0797
0798
0799
0790
0791
0792
0793
0794
0795
0796
0797
0798
0799
0800
0801
0802
0803
0804
0805
0806
0807
0808
0809
0800
0801
0802
0803
0804
0805
0806
0807
0808
0809
0810
0811
0812
0813
0814
0815
0816
0817
0818
0819
0810
0811
0812
0813
0814
0815
0816
0817
0818
0819
0820
0821
0822
0823
0824
0825
0826
0827
0828
0829
0820
0821
0822
0823
0824
0825
0826
0827
0828
0829
0830
0831
0832
0833
0834
0835
0836
0837
0838
0839
0830
0831
0832
0833
0834
0835
0836
0837
0838
0839
0840
0841
0842
0843
0844
0845
0846
0847
0848
0849
0840
0841
0842
0843
0844
0845
0846
0847
0848
0849
0850
0851
0852
0853
0854
0855
0856
0857
0858
0859
0850
0851
0852
0853
0854
0855
0856
0857
0858
0859
0860
0861
0862
0863
0864
0865
0866
0867
0868
0869
0860
0861
0862
0863
0864
0865
0866
0867
0868
0869
0870
0871
0872
0873
0874
0875
0876
0877
0878
0879
0870
0871
0872
0873
0874
0875
0876
0877
0878
0879
0880
0881
0882
0883
0884
0885
0886<br

01/06/2020

Via de Pagamento para o mês/ano: 05/2020 referente a UC 1089170



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

ILOR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4
BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	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

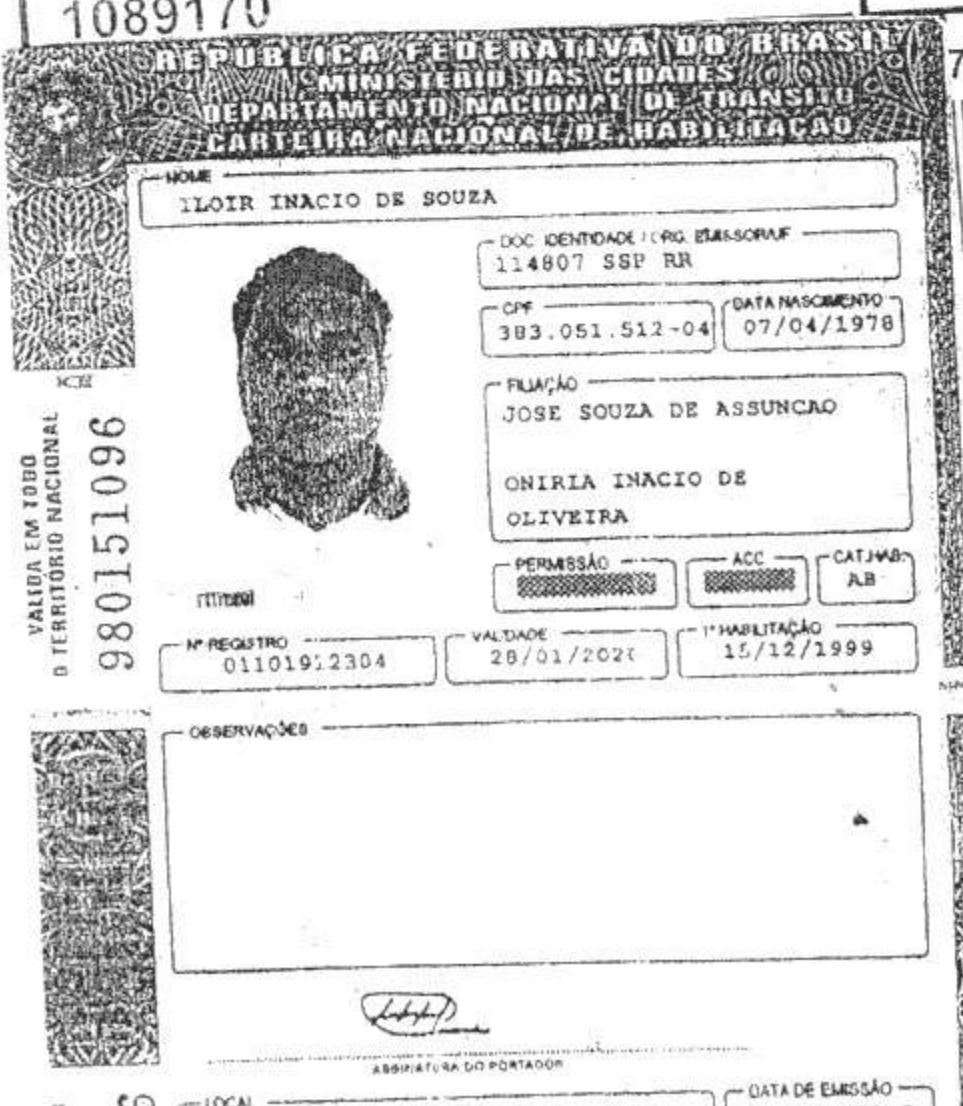


AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44
IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO
1089170

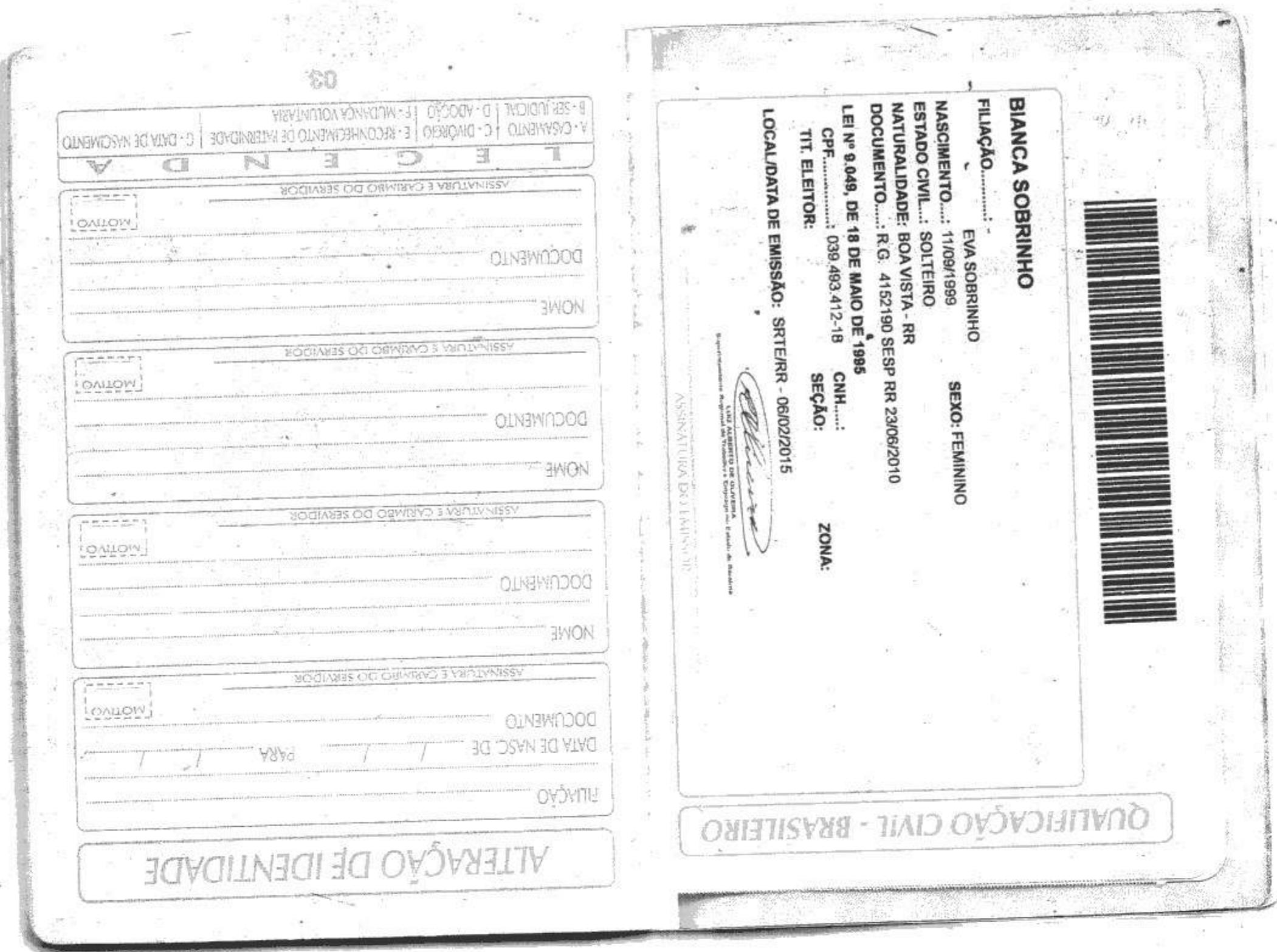
MÊS
05/2020

TOTAL A PAGAR
R\$ 554,71



750009.000000001081.917005200055





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

Valorização 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:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	415 219 - 0
ENDERECO:	Rua Vicente tauzes de melo nº 315

OUTORGADO

NOME:	Ilein Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	114.807 55 P - RR
ENDERECO:	Rua: Antonio P. Vieira, 1832, Bento

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 Invalidade, vitima: Bianca Sobrinho

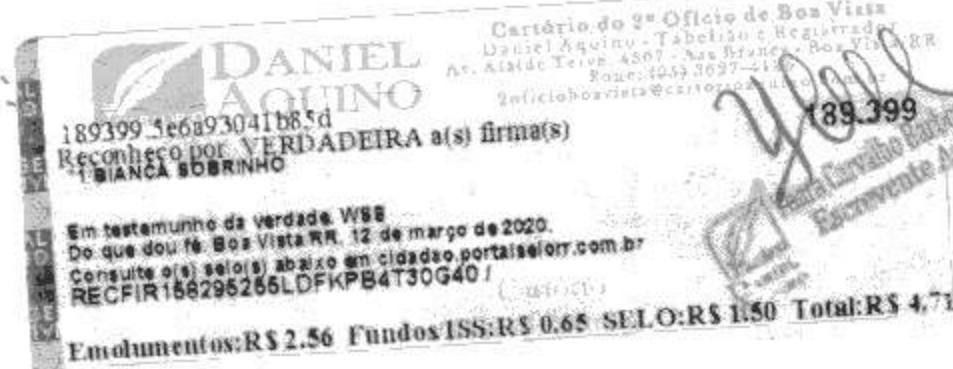
Bento - RR, 12/03/2020

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

Data do acidente: 11/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BIANCA SOBRINHO

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

L06

09:10hs CC



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 VIEIRA		
DIAGNÓSTICO	FRACTURA DIÁFRAGMATEMPO (2)		
ALERGIAS	BISULFAM	HAS	NEGA
IDADE	19.	LEITO	DATA 05/03/19
ITEM	PREScriÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE	APÓS RPA	SN
2	AVP: SF 0,9% 500ml 1X/dia		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		26-06-12-N6
4	TILATIL 20mg 12/12hs		08-18-100ml fracionado
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 0/1
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		106-14-22
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H		Ritidina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG		SN
14	CURATIVO DIARIO		Ritidina
15	GENTAMICINA 240mg IV 1X/DIA		08
16	METFORMINA 500mg IV 8/8 HS		06-16-22
17	TALC GOTO 6000000		Dr. Elder Soares
18			Médico Residente
19			Ortopedia e Traumatologia
20	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		CRM 1828/RR

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

01 NOV. 2019

SINAIS VITAIS	T	P	PR	RR
6 H	36,9	125	110x60	22ppm
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 25/03/15

OS:

Bianca Vieira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura aberta fechada (fratura exposta)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

00 1º PDL Fratura do 2º e 3º PDL na articulação do calcâneo + antepi.

TIPO DE INTERVENÇÃO:

1º. Quártico

INDICAÇÕES E ACIDENTES:

P

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo

CIRURGIAO:

1º auxiliar:

2º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Q. paciente é do sexo masculino de 26 anos de idade
 Q. assistido, anestesiado e colocado na mesa cirúrgica.
 Q. LMC expansiva do deslocamento do calcâneo +
 luxação da articulação tibiofibular.
 Q. Obs: sem instabilidade por imagens no centro
 cirúrgico.
 Q. Fixação da fratura exposta no 1º PDL, fixação
 da fratura no 2º e 3º PDL.
 Q. Sutura da ferida molgas.
 Q. Obs: lesão extensa de pele com necrose
 com envolvimento ósseo da fratura.
 Q. Fixação com fixador exposto da fratura
 profunda da ferida.
 Q. Quártico.

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

01 NOV. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Bianca Soárez				05/103/119

CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO		
TIPO		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL

Fixação Externa Frat Fémur (L) + P10		01:20	02:40	
Extracorpórea Frat exposta 1 ^a Redutor, 1 ^a EQUIPE MÉDICA				

CIRURGIÃO	Dr. Helder	ANESTESISTA:	Elyes	
-----------	------------	--------------	-------	--

1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:	P3	Danielle
-------------	--	-----------------	----	----------

2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		
-------------	--	----------------	--	--

DE ANESTESIA:	Roxana Anestesista	01:17	TEMPO DE DURAÇÃO:	
---------------	--------------------	-------	-------------------	--

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
10	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		10	FRASCOS-SORO FISIOLÓGICO	
10	PACOTES GAZE		10	FRASCOS-SORO RINGER LACTADO	
10	LUVA ESTERIL 7.0		10	FRASCOS-SORO GLICOSADO Fisiológico P/1000ml	
10	LUVA ESTERIL 7.5		10	FIO VICRYL N°	
10	LUVA ESTERIL 8.0		10	FIO MONONYLON N° 2-0	
10	LUVA ESTERIL 8.5		10	FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		10	FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
10	LÂMINA BISTURI N° 14		10	FIO CATGUT SIMPLES N°	
10	DRENO DE SUÇÃO N°		10	FIO CATGUT CROMADO N°	
10	DRENO DE TORAX N°		10	FIO PROLENE N°	
10	DRENO DE PENROSE N°		10	FIO SEDA N°	
10	SERINGA 01ML		10	SURGICEL	
10	SERINGA 03ML		10	OPAFOAM	
10	SERINGA 05 ML		10	KIT CATARATA N°	
10	SERINGA 10ML		10	GEOFOAM	
10	SERINGA 20ML		10	FITA CARDIACA	EQUIPO DE SORO
1	CATETER 02		10	OUTROS:	ELETRODOS

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE.	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL
FUNCTIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

01 NOV. 2019

GOVERNO DE RORAIMA
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Fimure Exposta 1º Poddistico D/P F

Data: 05/03/19

Nº DO PRONTUÁRIO

Paciente: Bianca Sobranto

Idade: 19A

Bloco: Enfermaria Leito: _____

Caixa: _____

Circulante: Luxman / Samuel Sala: _____

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

7 Fios de Kirschner n. 15

Médico Responsável

Dr. Elder Soáres
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/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: Fímu (E) Fixas Externas

Data: 05/03/19

Nº DO PRONTUÁRIO

Paciente: Bianca - Sobrunho

Idade 19A

Bloco: Enfermaria Leito:

Caixa: Nº

Circulante: Guilherme Samuel Sala

Conferência Expurgo-CME:

Material Utilizado:

I Fixador Externo 350mm

Lote: 010428 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEIA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Fab.: 04/01/2019 Val.: 01/2024
Registro Anvisa Nº 80083650651
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartoriind.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



Bianca Sábrinha - 101-2

Evolução de Psicologia

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
06/03/19	Paciente vítima de acidente com moto. Sofreu quebra no fêmur e pé. Relatou que o ex-namorado não assistiu e saiu a óbito essa noite. Recebeu suporte emocional.
07/03/19	Acolhimento à paciente e acompanhante, respectivamente, por parte paciente se queixa de dores constantes. Hoje Realizada medicinação com equipe de enfermagem.
03/04/19	A paciente apresentava-se lúcida, mentada. Coguarda novo procedimento cirúrgico que segundo av. mesma, será realizado dia 12/04. Solicitou autorização para receber visita da filha Sofia Beatriz Sábrinha da Silva (03 anos) antes da cirurgia e comemorar o aniversário da filha. A autorização foi concedida e será realizada dia 04/04 às 15h, no jardim da Unidade de "Bloco A" e será acompanhada da psicóloga.
04/04/19	Realizado acompanhamento da visita da filha da paciente. Durante o encontro, a Srª Bianca, se remunera, vai ver a filha, já ia criança, apresentou resistência em abraçar a mãe. Diversos desconfortos apresentados pela criança ao tempo da visita foi reduzido. A Srª Bianca recebeu suporte emocional.



Larissa Paula Braga de Souza
Psicóloga
CRP 20/04119

Quatellotta
Talla Costa
Psicóloga
CRP-20/04764

Quatellotta
Talla Costa
Psicóloga
CRP-20/04764



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR
Homegrown Retailer

GOUVERNO DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN			
PACIENTE	BIANCA SOBRINHO					
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA			
IDADE		LEITO	107-2			
ITEM	PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H - Susp -					
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					
5	DÍPIRONA 1G EV 6/6H SN Horam					
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA					
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H					
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h					
10	SSVV + CCGG 6/6 H					
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PÁD> 110 MMMHG					
14	CURATIVO DIARIO					
15	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H					
16	GENTAMICINA 240MG EV 1XDIA - Susp - NTF					
17	CLEXANE 40MG SC 1XDIA					
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 sondas nasais</i>						
<i>(10) 21 - Amicarina 1g + sf 0.9% 200ml EUVY dia-</i>						
<i>22 - ceftriaxone 1g 12/12h</i>						
EVOLUÇÃO MEDICA:						

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

Digitized by srujanika@gmail.com

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 E
18 H	110x70	91		36. i
24 H	100x70	-		

PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
OPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-BR 2028

24H ~~100X10~~
AS 12:00h Paciente no leito, higiениizado, (Banco no leito), A fondo assar, se
com SUD, despejado 100ml de diurese, iniciado o desmane AS 10
segue nos cuidados da Enfermagem.

Rosilene Garcia P. Menegatti
Técnica de Enfermagem

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –

HGR

Paciente: Bidonessa Sáduximba
Leito: 10 4. 2 Data: 09/03/19

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Localização		Região: <u>M T F</u>	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>		Região:	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular			<input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros		
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		
Solução de Limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%			<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		
Troca:	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<u>Soltane Lima dos Reis</u> <small>Tec. de Enfermagem</small> <small>CognR 507.829-TE</small>			01 NOV. 2019		
Observações:	<p><i>26/03/2020</i></p>					



**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**



GOVERNO DE RORAIMA
Secretaria de Saúde de Roraima

PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	BIANCA SOBRINHO		
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR E		
ALERGIAS		HAS	NEGA
IDADE		LEITO	107-2
ITEM	PREScriÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Manten	SUSPENS
3	CEFALQTINA 1G EV 6/6H	(58)	06/05
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		5-22
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H	st 200 060	eg 060
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	(14)	FOT, ma
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG	Hemôn	
14	CURATIVO DIARIO	19 S. T.	
15	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H	(2) PONTO 8	
16	GENTAMICINA 240MG EV 1XDIA		
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

01 NOV. 2019

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX	ES
6 H	110/60	102	36,9	
12 H	110/82	110	36,2	
18 H	110/74	93	36,1	
24 H	110/66	107	36,9	

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

EQUIPE DE CURATIVO:	• E	• C CURATIVO
Data:	10/03/19	00:00:00 11/14/11
Local:	m 2 E	El Trauma
Aspecto do leito de:	• Serosanguinosa	
Material utilizado:	• 01 Frasco	
Observações:	• 01 896.605 - Grage	
Técnico:	• 01	• 01

• Plano: Ativação 17:00 13 de fevereiro 2020
4,9:16 no 101 nifazida forte ferimento ferido
Hidrocô. e 3500 ml hidrocloropatina

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

Bloco: A Enfermagem: 188 Leito: 4

Cama:

Nº

Cirurgante: Valéria

Sala 06

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

Fixador externo nº 300

Lote: 010718 Código: AF35 8 688
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X T

Fab.: 03/01/2019 Val.: 01/2024
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX E138

Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartort.ind.br

Lote: 010455 Código: F08 8 208
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEIA
SARTORI - LINEFIX

TIBIA/FEMUR I 300 - ESTERIL
Fab.: 10/01/2019 Val.: 01/2024
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartort.ind.br

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

PRONTUÁRIO DO PACIENTE

19/12/2019 CME

01 NOV. 2019

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

Visto pela -
Hemovigilância
Robson Souza De Paula
Téc de Enfermagem
CORENRR 961896-TE

Bianca Sócratino
21/09/99
12 OU 19
00114290342038
E.C.G.: 80-
FACE: 3:45
SINAIS VITAIS:
INICIO: 13:46 H.T.: 116x59 PA: 128 FR: 20 SP 100%
MEIO: 14:00 H.T.: 100x80 PA: 137 FR: 20 SP 100%
FIM: 14:35 H.T.: 99/86 PA: 142 FR: 20 SP 100%
PROFISSÃO: ENFERM. QUE REGISTROU: Robson
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: Dr. Andreza CRM:

TRANSTO DE HEMOCOMPONENTES

DATA: / /
Nº BOLSA: / /
BOLSA: ABC / /
PACIENTE: ABC / /
SINAIS VITAIS:
INICIO: h.T.: PA: P: FR:
MEIO: 15 min: h.T.: PA: P: FR:
FIM: h.T.: PA: P: FR:
PROFISSÃO: ENFERM. QUE REGISTROU: COREN:
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: CRM:

TRANSPUSAO DE HEMOCOMPONENTES

DATA: / /
Nº BOLSA: / /
BOLSA: ABC / /
PACIENTE: ABC / /
SINAIS VITAIS:
INICIO: h.T.: PA: P: FR:
MEIO: 15 min: h.T.: PA: P: FR:
FIM: h.T.: PA: P: FR:
PROFISSÃO: ENFERM. QUE REGISTROU: COREN:
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: CRM:

TRANSTO DE HEMOCOMPONENTES

DATA: / /
Nº BOLSA: / /
BOLSA: ABC / /
PACIENTE: ABC / /
SINAIS VITAIS:
INICIO: h.T.: PA: P: FR:
MEIO: 15 min: h.T.: PA: P: FR:
FIM: h.T.: PA: P: FR:
PROFISSÃO: ENFERM. QUE REGISTROU: COREN:
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: CRM:

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

01 NOV. 2019



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



118-4

PREScriÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	04/03/2019	DN	11/09/1999
PACIENTE	BIANCA SOBRINHO				
AGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR E, METATAROS PE E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	19	LEITO	118-4	DATA	12/04/2019
ITEM	PREScriÇÃO				
1	DIETA ORAL ZERO CIRURGIA HJ				5ND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				manten
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SQL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X /DIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 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				5J
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Retina
18	CURATIVO DIÁRIO				In
19	CIPROFLOXACINA 400MG EV DE 12/12H D1 4/4				1x 24
20	CLINDAMICINA 600MG EV ou 2cp vo de 300mg DE 8/8H D1 4/4				14 22 06
21					TF

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS EM COXA ESQUERDA E PÉ ESQUERDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FERIMENTO COM SINAIS DE FLOGOSE, PULSOS PERIFERICOS PALPÁVEIS, COM BOA EVOLUÇÃO CLÍNICA

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROC: RAMAÇÃO DE CIRURGIA: HOJE

SINAIS VITAIS				Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
6 H	PA	FC	FR	CRM-RR 1964
12 H	90/70	82	21	Residente de Ortopedia e Traumatologia
18 H				
24 H				

12h paciente no seu
leito medicação oral
1750 cc água salin
endocôder 0

01 NOV. 2019

- ion de tipo preservado - Mys

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 12/04/19

OS:

Bianca Schunck

ASL-0445880/19

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPEUTICA

TIPO DE INTERVENÇÃO

M. DICAÇÕES E ACIDENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

CIRURGIÃO: Dr. Odilon

2º AUXILIAR: Dr. Mancel - II R₃

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º auxiliar: Dr. Mancel +

INSTRUMENTADORA: Dr. Pablo R₃

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Preencheu em D.D.H. sob anestesia
 - ② Aspirou e Antibiótico
 - ③ Colocados de Compressas esterilizadas + RMS fracionado eclusa
 - ④ Incisões longitudinal antero-lateral + duasas por planos
 - ⑤ Visuização das fases da fratura
 - ⑥ Reabilitação longa + fixação de placa ICP 10. Ondas com parafusos.
 - ⑦ Muros contínuos + duasas por planos + fixação do enxerto ósseo
 - ⑧ L.M.C
 - ⑨ Sutura por planos + curativos
 - ⑩ Destruimento de lesões necessárias e descolamento de colágeno no colágeno
 - ⑪ L.M.C
 - ⑫ Curativos
 - ⑬ APPA
- Dr. Odilon Chi Okemoto
Médico Especialista
Ortopedista
- 01 NOV. 2019



Bianca sohnle

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO						
	12:00	13:00	14:00	15:00	Nº 13 da Vista - 22	12.04.2019 16:00
AGENTES	N 20					
	02	/	/	/	/	
LÍQUIDOS VENOSOS	A	H	S			
	V	S	G			
Z	318	500	500	500		
DA X	248	100	100	100		
ULSO *	38	220	100	100		
ANES X	36	200	100	100		
OP O	34	180	100	100		
TEMP	32	160	100	100		
ASPIR A	30	140	100	100		
RESP O	28	120	100	100		
	26	100	100	100		
	24	80	100	100		
	22	60	100	100		
	20	40	100	100		
Export	Sedação adequada para procedimento de extirpação de tumor ósseo.					
Assist						
Centro						
SÍMBOLOS	X O					
AGENTES	DOSES		TÉCNICA		ANOTAÇÕES	
a. Bupivacaína ⑦ 18 mg SA			Raquitíctica locubal		# Check 1.14 + Monitorização (FC + ECG + PAPE + SpO2)	
b. Diazepam 10 mg G/			hipertônica simples		# Aspira da região locubal com alcance à 70% colocação de canudos etanés.	
c. Fentanil 0,01 mcg EV			via endovenosa. Injetada		Puncão sonoro sobre hérnias com aquela 26G (Quink) que sai de líquido claro, nem teci e se infecção constante no espaço subcutâneo de Bupivacaína 48 mg + epinefrina 80 mcg	
d.			espontânea			
E						
F						
G						
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cálcio - Nato / Oro Faringeas				
NOCO		Naso / Orotoráqueo - Cega				
SANGUE 1 CH		Bai - Tamp - Calore do Tubo				
SF 0,9% 2000 ml		Sob Molas				
SEU 1000 ml		Dificuldade Técnica				
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA				
OPERAÇÃO			2 horas e 30 min.			
ANESTESIA	Dr. nichel	CÓDIGO	CIRURGIÃO	Laringo - Espasmo - Edema Glótico	Hemorragia - Arritmia	
			Dr. Marcus Araújo	Depressão Respiratória - Hipoxia	Bradí Taquicardia - Choque	
				"Bucking" - Vômito		

Dra. Danielle R3
Dra. Andressa R1

nichele R. Moura

Anestesista
Chamado 1100

Dr. Anderson
Dr. Marcus R3

Dr. Pálio R3

01 NOV. 2019

1. Fentanil 100 mcg
2. Diazepam 10 mg G/
3. Propofol 50 mg EV
4. Fentanil 100 mcg EV
5. Dexametasona 10 mg EV

6. Anestesia

10 mg G/

7. Encaminhar o paciente para

SEPA

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

195.

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Bianca Schinhe		118-04		12/09/19
CIRURGIA	TIPO	CIRURGIA		
Desbranque de fratura de fêmur (E)			TEMPO DE DURAÇÃO	
CIRURGÃO		INÍCIO	FM	TEMPO TOTAL
Dr. Marcelo Amorim		12:45	15:05	00:13:46
1º AUXILIAR	Dr. Elderson	EQUIPE MÉDICA		
2º AUXILIAR	Dr. marcelo R3 + Dr. Pablo R3	ANESTESISTA:	Dr. Michel	
TI. DE ANESTESIA:	Regia	RES. ANESTESIA:	Dr (es) Danielle e 2. Andrade	
INSTRUMENTADOR		INSTRUMENTADOR		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	CIRULANTE	
<input checked="" type="checkbox"/> 100	POTS COMPRESSAS C/ 00 UNID		Marcelina e Oriane / Robson # Luiz	
<input checked="" type="checkbox"/> 1	PAQUETES GAZE		TEMPO DE DURAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> 1	LUVA ESTERIL 7.5	6,8		
<input checked="" type="checkbox"/> 1	LUVA ESTERIL 7.5			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	LUVA ESTERIL 8.0			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	LUVA ESTERIL 8.5			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	LÂMINA BISTURI N° 24/11			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	DRENO DE SUCÇÃO N°			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	DRENO DE TORAX N°			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	DRENO DE PENROSE N°			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	STRINGA 01ML			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	SERINGA 03ML			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	SERINGA 05ML			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	SERINGA 10ML			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	SERINGA 20ML			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	Aguilha 3/8 regia			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA CC DO PACIENTE	VAL	
INSTRUMENTADOR (I)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		SUB- TOTAL		
FUNCTIONÁRIO/CALCULOS	CIRURGIA	109 SALA	TAXA DE SALA	
		Robson Souza De Paula	TAXA DE ANESTESIA	
		Téc. de Enfermagem		SOMA
		COREN/RR 961995-TE		
		Marcelina Amorim	ENVIE ESTE FORMULARIO A CONTABILIDADE	
		26/08/2020 09:13:46		

01 NOV. 2019

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

ASL-0445880/19
CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Osteosintese fract. de fêmur Exg.

Data: 12 / 04 / 19

Nº DO PRONTUÁRIO

Paciente: Bianca

Sobrenome:

Idade: 19

Bloco: A

Enfermista: 118

Leito: 04

Caixa:

Circulante: Robson & Lourdes

Sala: III

Conferência Expurgo: CME:

Material Utilizado:

Fio de Kirschner 2.0

1

Placa Larga 12 Furos 1

Parafuso cortical nº 40 □ 1

nº 42 □

nº 46 □

1ª via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª via - CME

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

01 NOV. 2019

8/3/2019 11:15:03

61.9 %

E

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

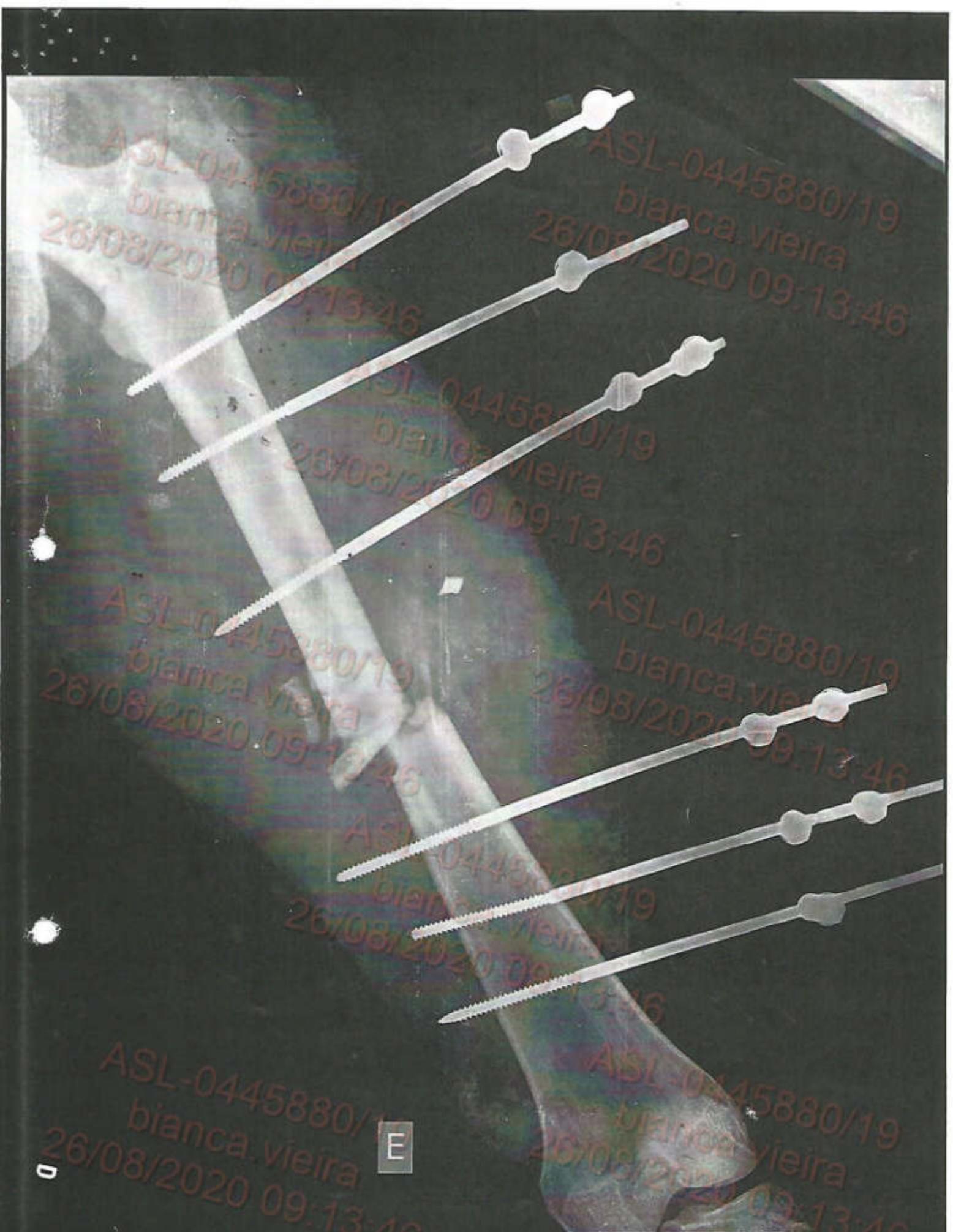
ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:46

E

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

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





BIANCA SOBRINHO , 107-2

7/3/2019 13:45:49

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ADRIANO LIMA

53.7 %



53.9%

5/3/2016 03:45:35

三

5/3/2019 03:45:35

BIANCA SOBRINHO,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

59,4 %
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

5/3/2019 03:45:35

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

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

71,3 %

5/3/2019 04:02:21

71,3 %

BIANCA SOBRINHO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:45

ASL-0445880/19
bianca.vieira
26/08/2020 09:13:45

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

W



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

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

D



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

4/3/2019 23:51:26

58.0 %

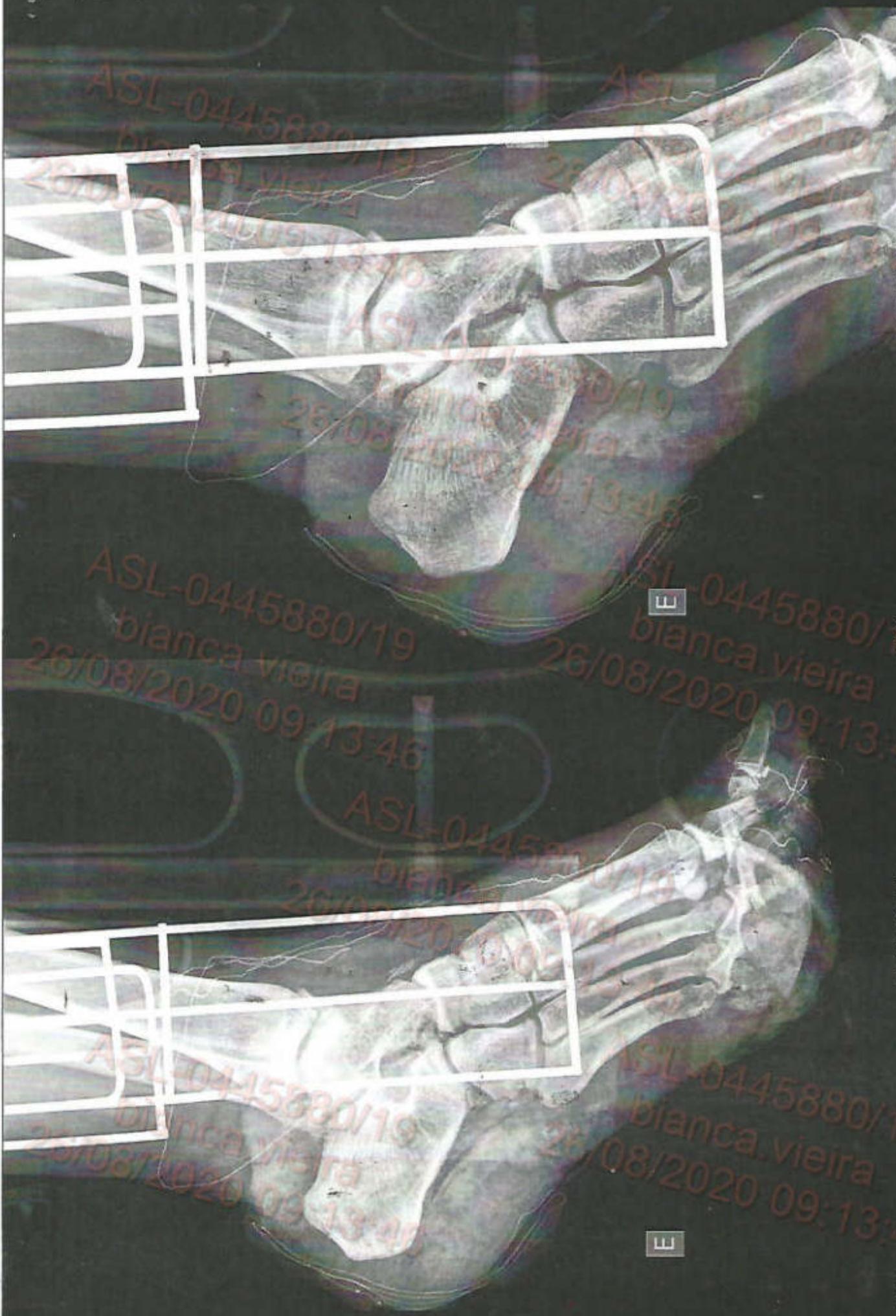
47.5 %

4/3/2019 23:51:26

6

E

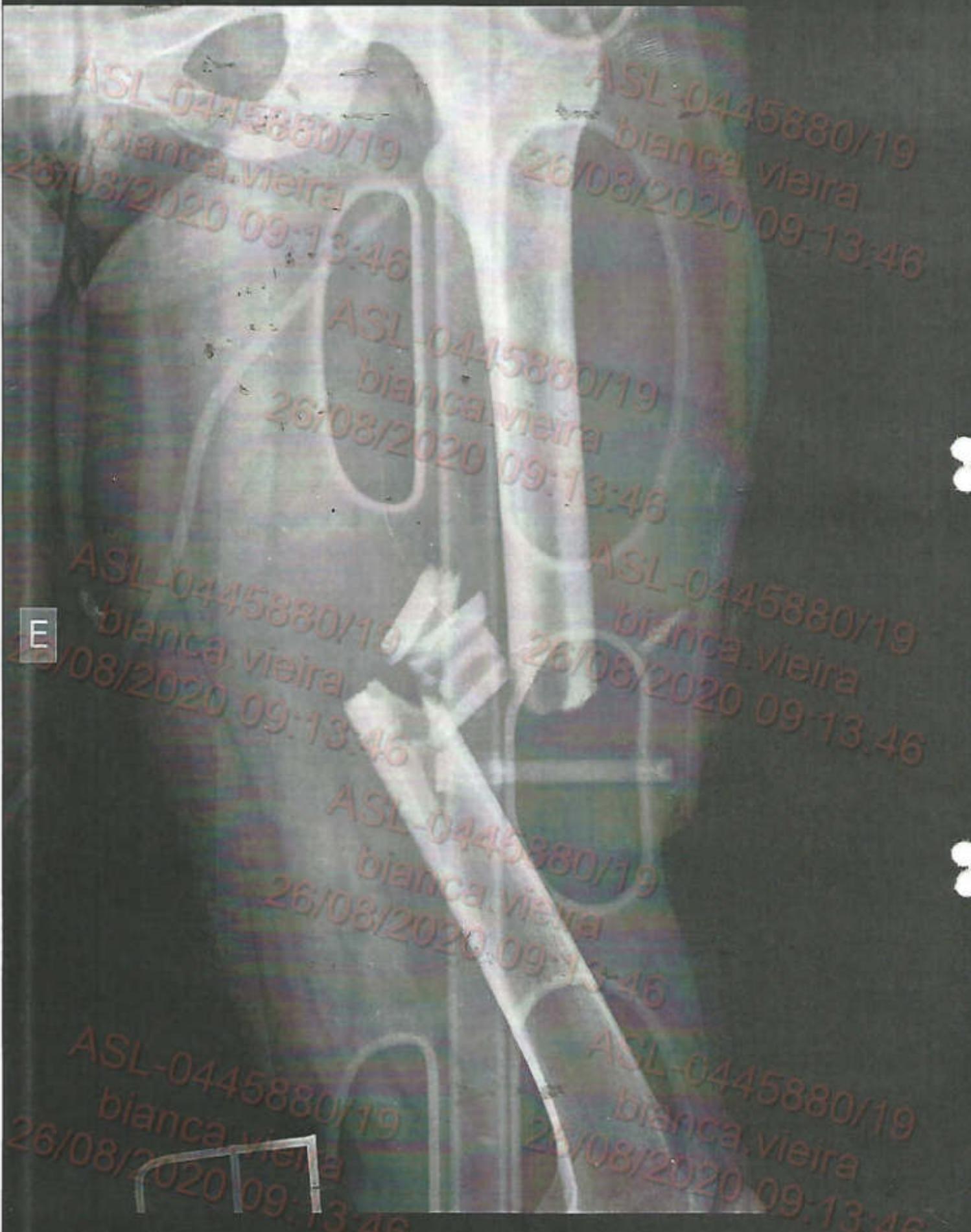
E



4/3/2019 23:51:26

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 %