

Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213717

Vítima: ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003559

Conta: 000000008584-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 03746858252 3 - CPF da vítima: 03746858252 4 - Nome completo da vítima: ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: ANDRESSON ALVES OLIVEIRA 6 - CPF: 03746858252

7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: R: COTINGO 9 - Número: 246 10 - Complemento:

11 - Bairro: 13 de SETEMBRO 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69308140

15 - E-mail: LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95991168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 3559 CONTA: 00008584 7 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, 09/06/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006217/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/02/2020 09:01 Data/Hora Fim: 11/02/2020 09:20
Origem: Polícia Judiciária Data: 11/02/2020
Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 05/10/2019 05:50

Local do Fato

Município: Caracará (RR)
Bairro: Bem te vi
Logradouro: Marechal Rondon

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANDRESSON ALVES OLIVEIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 30/09/2001 Idade: 18 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Serralheiro Escolaridade: Ensino Médio Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Lucilene Alves Braga Nome do Pai: Irinaldo Alves Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 037.968.582-52
RG - Carteira de Identidade: 531419-4

Endereço

Município: Iracema - RR
Logradouro: Vicinal 01
Complemento: Sítio Oliveira
Telefone: (95) 98404-6121 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 164.339.982-91	Placa NAK-3212
Renavam 00776343629	Número do Motor JC30E22116073
Número do Chassi 9C2JC30202R116073	Ano/Modelo Fabricação 2002/2002
Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Caracará	Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN ES
Modelo HONDA/CG 125 TITAN ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006217/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Andresson Alves Oliveira	Possuidor, Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não possui habilitação, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo à motocicleta também devidamente descrita acima e que está em nome de REGINALDO MALAQUIAS ARAUJO DA SILVA. Que ao passar em um buraco existente na via, perdeu o controle da motocicleta e caiu. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido pelo SAMU até o Hospital daquele município. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.**

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000808
Responsável pelo Atendimento




Andresson Alves Oliveira
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Confissão Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

FICHA DE ATENDIMENTO
UNIDADE: BRAVO IRACEMA EQUIPE: Rauza + Magdiel
Paciente: Anderson Alves Oliveira Idade: 18 Sexo: ☒ M ☐ F
Nacionalidade: Brasileiro Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia
Endereço: UMIC
Ponto de referência: _____

CHAMADA Nº da Ocorrência: 17.077 DATA 05/10/19 HORA DO ACIONAMENTO: 06:00 hs
Médico (a) Regulador (a): Allyson HORA CHEGADA NO LOCAL (J/H): 06:05h
MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☒ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS

MECANISMO DE TRAUMA
AUTOMÓVEL
☐ Atropelamento
☐ Capotamento
☐ Colisão X
☐ Motorista
☐ Passageiro Dianteiro
☐ Passageiro Traseiro
MOTO/BICICLETA
☐ Queda de moto
☐ Bicicleta
☐ queda de Bicicleta
VIOLENCIA
☐ Agressão Física
☐ Espancamento
☐ FAF
☐ Tentativa de suicídio
☐ Violência Doméstica
☐ Violência Sexual
OUTROS
☐ Ac. De Trabalho
☐ Local ☐ Trajeto
☐ Queda, Altura aprox.:
☐ Acidente Doméstica
☐ Queimadura Agente
☐ Agressão p/ anim
☐ Outros:

AVILIAÇÃO INICIAL
Vias Aéreas
☐ Apnéia
☐ Bradpnéia
☐ Dispneia
☒ Eupneico
☐ Obstruída
☐ Resp. Ruidosa
☐ Taquipnéia
Ventilação
☐ Abolida
☐ Ferida Aspirativa
☐ Hipertimpanismo
☐ M.V. Ausente
☐ M.V. Diminuído
☐ Maciez
Circulação
☐ Arritmico
☐ Ausente
☐ Bradicardia
☐ Enchimento capilar > 2s
☐ Taquicardia
Aval. Neurológica
☐ AVDN
☐ DNV
☐ Miase
☐ Midríase
☐ Anisocoria
☐ Alcoolizado

SINAIS VITAIS E ESCORES
Hora P.A mm/hg F.C bpm F.R bpm Sat O₂ % Temp. Esc. visual anal. E/A "DOR" Glicemia APGAR
Início : 120/80 88 20 99 °C
Fim : 1 °C

AVILIAÇÃO SECUNDÁRIA
Pele
☐ Cianótica
☐ Corada
☐ Fria
☐ Pálida
☐ Quente
☐ Úmida ☐ Seca
Cabeça
☐ Afundamento
☐ Contusão
☐ Escoriação
☐ Fer. Penetrante
☐ Hematoma
☐ Laceração
Face
☐ Contusão
☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Ferimento ocular
Pescoco
☐ Desvio da traquéia
☐ Ênfisema Sub-Cutâneo
☐ Escoriações
☐ Hematoma
☐ Lacerações
Tórax
☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Resp. paradoxal
☐ Tamponamento
☐ Tórax Instável
Abdome
☐ Distendido
☐ Doloroso
☐ Em tábua
☐ Escoriações
☐ Evisceração
☐ Lacerações

Membros
Pelve
☐ Contusão
☐ Escoriações
☐ Dor
☐ Instabilidade
Coluna Dorsal
☐ Contusão
☐ Hematoma
☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa
☐ Deformidade
Contusão
☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Luxações
Fratura
☐ Amputação
☐ Esmagamento
☐ Avulsão

AVILIAÇÃO CARDIACA
☐ Ritmo Sinusal
☐ Taquicardia
☐ Bradicardia
☐ Filuter
Fibrilação atrial
☐ Fibrilação ventricular
☐ Assistolia
AFECÇÃO CLÍNICA
☐ Cardiovascular
☐ Metabólica
☐ Neurológica
☐ Psiquiátrica
☐ Respiratória
☐ Aborto
☐ Digestiva
☐ Infecçiosa
☐ Obstétrica
☐ Pediátrica
HISTÓRIA PEGRESSA
☐ Alergias
☐ Cardiopatia
☐ Diabetes
☐ HAS
☐ Sequela AVC
Medicações em U

GRAVIDADE COMPROVADA ☐ FLESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ ÓGITO ☐ INDETERMINADA

INCIDENTE
☐ Cancelamento
☐ Não se encontrava no local
☐ Tróte
☐ Recusa de Atendimento
☐ Recusa de hospitalização
☐ Bombeiro no local
☐ Polícia Militar
☐ SMTRAN
☐ PRF
☐ Guarda Municipal
☐ Bombeiro
☐ DETRAN

RCP
☐ Iniciada as: :
☐ Término as: :
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ RCP Não realizado
OBS:

DESTINO
☐ Atendido no local
☐ Pronto Atendimento - PAAR
☒ Grande Trauma - GT
☐ Hosp. Coronel Mota - HCM
☐ Pol. Cosme e Silva
☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA
☐ HMINSM
☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
☐ Hosp. Lotte Iris - HLI
☐ Outros

PERIÊNCIA
DO PACIENTE

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

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

Assinatura do Paciente:

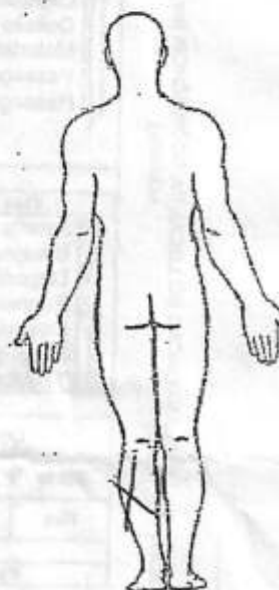
RG:

GESTANTE

G p/ semana: Movimentos fetais: _____
 Perda de líquido: BCF: _____
☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

Abertura Ocular (O)	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (descoordenação)	3 pontos
	Extensão (descartado)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente Anderson Alves Oliveira Barros vítima queda de moto, com suspeita de fratura de tíbia e fíbula (D), alcoolizado, agitado, ferido acuso Veng um membro Superior (E), qdo 16, peso fisiológico 9%, e do ao GT do HGR. Paciente entregue e retornamos base.

**CONFERE
COM O
ORIGINAL**

PAZ & SAÚDE
SISTEMA DE REGISTRO
BOA VISTA 174-TE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03559

CONTA: 000000008584-7

Nr. da Autenticação D49ECEf23BBBE222

**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: 4223445

JESUS LEANDRO DOS SANTOS

R. COTINGO, 246 ,

13 DE SETEMBRO

69308140 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
183490	12/2019	13-NOV-19 a 13-DEC-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
222	06-JAN-20	R\$ 210,78

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
183490	12/2019	R\$ 210,78

836500000028.107800750005.000000000182.349012190055



**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: 4464959

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 01/2020	PERÍODO DE CONSUMO 20-DEC-19 a 22-JAN-20
CONSUMO (kWh) 1197	VENCIMENTO 10-FEB-20	TOTAL A PAGAR R\$ 969,04

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**

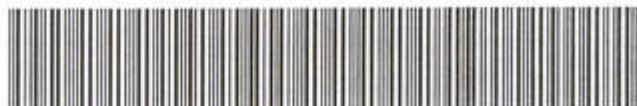
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

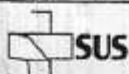
IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 01/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 969,04
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836500000093.690400750004.000000000539.918001200057



Atta: 29/10/19



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

BLOCO A

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

André Maria Almeida de Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

176086

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702800647683168

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/09/2001

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Luciene Alves Braga

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Green

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

22

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Instabilidade da Causa da Perna

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tumoramento Cirúrgico

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

RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Instabilidade da Causa da Perna Direita

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Autógrafa

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

Dr. Fernando Rezende

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Fernando Rezende

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/10/19

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

CRM-RR 2007

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

03080/2019

5828

1068

V295



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.

1901178948

27/10/2019 11:50:35

FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

DIURNO 07-19

79

Paciente

ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

Data Nascimento

30/09/2001

Idade

18 A 0 M 27 D

CNS

702800647683168

CPF

03796858252

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

BOA VISTA - RR

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe

LUCILENE ALVES BRAGA

Pai

IRINALDO ALVES OLIVEIRA

Contato

(95) 98407-6768

Endereço

- VICINAL 1 - SN - IRACEMA - RR

Ocupação

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

SPA - PRONTO ATENDIM

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Sector

PRONTO ATENDIMENTO

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

DAL

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Tumor no antebraço esquerdo por queda de objeto há 3 meses.
Exame físico: FX de fratura de tíbia/fíbula com perda de redução.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

FX Clavícula da Esquerda

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

12:25 coletado
amostra de
sangue para
exames
Téc. de Anál. Clínicas
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 776.772

Conduta:

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revella

☐ Transferência para:

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☒ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Fernando R. R. R.
Médico
CRM-RR 2007

Impresso por: dal
Data Hora: 27/10/2019 11:51:40

8000
SISTEM - Sistema de Informação
de Saúde em Rede
v. 1.0.0 - 01 de 01



1901178948



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH ##### DN _____

PACIENTE **ANDERSSON ALVES OLIVEIRA** *ANDRESSON.*

AGNÓSTICO **FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA**

ALERGIAS _____ HAS _____ NEGA _____ DM2 _____ NEGA _____
 IDADE _____ LEITO **62** DATA **28/10/2019**

ITEM _____ PRESCRIÇÃO _____ HORÁRIO _____

1 **DIETA ORAL LIVRE** **SND**

2 **ACESSO VENOSO PERIFÉRICO** **SND**

3 **SF 0,9% 500ML EV S/N** **SND**

4 **DIPIRONA 500MG EV 6/6H** **SND**

5 **SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h** **SND**

6 **TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN** **SND**

7 **NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM** **SND**

8 **OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA** **SND**

9 **METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N** **SND**

10 **TILATIL 20ME EV DE 12/12H** **SND**

11 _____ **SND**

12 _____ **SND**

13 _____ **SND**

14 _____ **SND**

15 _____ **SND**

16 **CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG** **SND**

17 **SSV + CCGG 6/6 H** **SND**

18 **CURATIVO DIÁRIO** **SND**

19 _____ **SND**

20 _____ **SND**

21 _____ **SND**

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:



SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	121x64	59	36
18 H	123x62	70	-
24 H	135x80	68	-

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

12h - p. c. no leito, sem queixas algéicas, aferido ssvv
06h - PA = 113x67
P = 58

Inete Santos
 Técnica em Enfermagem
 COREN-RR 903655-TC



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

#####

DN

PACIENTE ANDERSSON ALVES OLIVEIRA

AGNÓSTICO FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

62

DATA

29/10/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 ACESSO VENOSO PERIFERICO

3 SF 0,9% 500ML EV S/N

4 DAPIRONA 500MG EV 6/6H

5 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h

6 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN

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

8 OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10 TILATIL 20ME EV DE 12/12H

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:



SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

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

62A

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
Hospital Geral de Roraima

Resumo de Alta / Laudo Médico

Paciente Anderson Alves Oliveira 18 anos
Deu entrada no HGR dia 27/10/13 com diagnóstico
fratura do ombro do membro superior direito
foi realizado tratamento cirúrgico ortopédico

No dia / / foi submetido a tratamento cirúrgico ortopédico, pelo
Dr. e Dr.

Manteve-se sob uso de antibioticoterapia + AINEs + analgesia

Apresenta melhora do quadro, em bom estado geral, sem queixas no momento, LOTE, normocardio, eupneico, normotenso. Ferida operatória sem sinais flogísticos, com boa evolução.

Recebe alta hospitalar

Alta Hospitalar com laudo médico, receita, encaminhamento ao Hospital
~~Coronel Mota~~ e orientações gerais

Retorno dia / / às com Dr.

Encaminhamento ao ambulatório pelo
Boa Vista, para acompanhamento
Cirurgia

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11.184

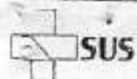
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 2308 - Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR
Tel: (95)2121-0615



Obs: Prontuário não encontrado no setor
(encontrado)

1) / data: 30/01/2020

BLOCO II



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

Anderson Alves Oliveira

6 - N° DO PRONTUÁRIO

176086

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702800647683168

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/09/2001

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Lucilene Alves Bezerra

DDO

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Visconde

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Ipacema

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RD

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

paciente vítima de queda de moto com consolidação fratura de fêmur (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AO Grupo

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

Amniocentese + RX + Ex Histo

20 - DIAGNÓSTICO FINAL

fr fêmur (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Vitor Mont

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 28/01/20

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Vitor Montenegro

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CHAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() 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

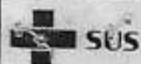
() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

28/01/20

0408050500
SP22
V29C



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
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES

231965-9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

4 - CNES

231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702800647683168

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/09/2001

9 - SEXO

1 - Masculino

10 - RAÇA / COR

PARDA

10.1 - ETNIA

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO

00176086

11 - NOME DA MÃE

LUCILENE ALVES BRAGA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

VICINAL 1 - SN - CENTRO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

IRACEMA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(95) 98407-6768

14 - TELEFONE DE CONTATO

(95) 98407-6768

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

140028

RR

19 - CEP

69.348-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

RURGIA GERAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/01/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

☐ CNS ☐ CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 28.01.20

O.S. _____

Anderson Alves
Oliveira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx de Hb'a (6)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Osteotomia

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Vitor Mant

1º AUXILIAR: Dr. Vitor

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- Paciente em DDA sob anestesia
- 2- AMPSSA + Antissépsia + colocação de campos estéril
- 3- Incisão em região Antero lateral de Hb'a (6)
- 4- Dissecção por planos até o foco da fratura
- 5- redução cruenta + fixação com placa de 8 pontos sob controle radiológico
- 6- Sutura por planos + curativo
- 7- RPA

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RP 2028

Dr. Vitor Morais
Traumato - Ortopedia
CRM-RP 2028



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

G. 16:15

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Andressom Alves de Oliveira				28 / 01 / 2008	
TIPO		CIRURGIA			
Osteossíntese de Fratura do		TEMPO DE DURAÇÃO			
da tíbia Direita		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		16:20	17:02		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
DR. Vitor Montenegro		ANESTESISTA:		DR. Helber	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		DR. Deniel	
DR. Marcos + Marechal		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE		Ribeiro + Isaac	
DR. Pedro (R)					
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
Leve + Sedação					
Q. ANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº 2,0	
☐	LUVA ESTERIL 8.0		☐	FIO MONONYLON Nº 2,0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		☐	SURGICEL atadura de crepim	
☐	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
☐	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
☐	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM de xerilina ± 100 mL	
☐	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
☐	Eletródios		1	OUTROS: Alcool # 200 mL	
1	cateter P103				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR
		Rebeca			
		Luciano	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA SISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Anderson Alves Oliveira

Data de Nasc: 30/09/2001 Idade: 20

Sector/leito: 408-03

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

Data: 28/10/20

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

INTRA-OPERATÓRIO

SRPA

Cirurgia Proposta: At. Maxilar 16-5-06

Entrada na Sala Início da Anestesia Início da Cirurgia Término da Cirurgia Término da Anestesia

Anestesia Cirurgia

Sinais Vitais

1. Informações: Jejum () Sim () Não Prótese () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade () Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim () Não Qual: Alérgico a penicilina Reserva de Hemoderivado: () Sim () Não

Hidratação Infundida Antibiótico Nome: Cefazolin CH: Dona SG 5%: 1500ml Dose: 2g Outros: 16 Hora: 12

Localização 1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros: 16

Horário T FC PA SPO2 ALDR-TE DOR 0' 15' 30' 45' 1h 01:30h 2h

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

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () RX () Gasometria () Outros: 12

Análise Patológica: () Não () Sim () Peças: () Cultura () Outros: 12

Observações: 12

3. Sinais Vitais: T: 36.5 °C R: 81 rpm FC: 81 bpm PA: 121/40 mmHg SAT: 100 % () Regular () Irregular

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

Balanco Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

4. Anotações (Admissão do Paciente): Pac. admissão na sala em pré-op. tudo bem, sem problemas.

Sinais Vitais: Saída da SO T: 36.5 °C R: 81 rpm PA: 121/40 mmHg FC: 81 bpm () Regular () Irregular

Entrada Saída

14:15h Admissão na sala, em pré-op. 05T. Fmt. 4h13. SVD, anestesia em uso de cateter em F.O + 02 sob controle nasal. Liberada da sala, acordada.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

Atualizado pelo: Luciano dos Santos Enfermeiro

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Anderson Alves de Souza
Responsável Cirurgião Vitor Mat. Bruno F.

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO
☒ Aplica () Não se Aplica E F I

SÍTIO DEMARCADO
☒ Sim () Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

☒ OXIMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:
ALERGIA CONHECIDA
☒ Não () Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
☒ Não () Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
☒ Não

() Sim, e acesso endovenoso adequado para fluidos
☒ Dr. Daniel Soares Pereira planejamento

CRM-RR 1179 Médico

Data 28/01/2020 Assinatura

Hora: _____

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Helena Duradineu
Raquel Duradineu

PÁUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

(a) Identificação do paciente
(b) Sítio cirúrgico
(c) Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

(A) REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

(X) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

Qual: ceftriaxona 2g. Hora: 16:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

(X) Sim
() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim () Não se Aplicam

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

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

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

Rebeca [Assinatura]
CRM-RR 1179

Assinatura e Carimbo



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Aydeisson Alves de Oliveira</i>					
AGNÓSTICO <i>xx Fibra</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>28/01/20</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>SNP</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>manter</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>SN</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>18-24-06-12</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>06</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>SN</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>SN</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>22-00-74</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>SN</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>18-24-06-12</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>30-08</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>SN</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>Rolha</i>
15					<i>curativo</i>
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	<i>130x80</i>	<i>78</i>	<i>19</i>	<i>36°C</i>
18 H	<i>120x60</i>	<i>66</i>	<i>20</i>	<i>35,9°C</i>
24 H	<i>130x77</i>	<i>100</i>	<i>20</i>	<i>36,8°C</i>

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1228

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Obs: Paciente retornou do
C.C em 805 de tratamento
cirúrgico de fratura de
túbia-D.

Francisco Alencar
COORDENADOR DE ORT

408-3



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/01/2020	DN	
PACIENTE	ANDRESSON ALVES OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE TIBIA				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	408-3	DATA	29/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA LIVRE				
2	AVP				
3	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H				
4	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
14					
15					
16					
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 TROCAR GESSO POR OUTRO					

Handwritten notes and signatures in the right margin, including 'SUS', 'mantido', and 'M. Lino'.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

REA II

SINAIS VITAIS					DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964. RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR		
12 H	122/83	80	18	36.3	
18 H	130/87	78	19	36.7	
24 H	130x90	75	14	36.0	

06 140x71 68 - 36.0

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	80.232
DATA DE EXPEDIÇÃO	17/07/2002
NOME	LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
FILIAÇÃO	ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM
NATURALIDADE	BOA VISTA-RR
DATA DE NASCIMENTO	14/03/1971
DOC ORIGEM	CC-3766 F.260 L.B-12 BOA VISTA-RR.
CPF	294316382 - 15
<i>Ramiro Francisco da Silva Junior</i> ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 28/08/93	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA	
 MODELO DIRETO	
<i>Luana Amorim</i> ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RJ



Polegar Direito



Anderson Alves Oliveira

SECRETARIA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

531419-4

NOME ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

RELACAO

IRINALDO ALVES OLIVEIRA
LUCILENE ALVES BRAGA

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

DOC ORDEM

CERTD NASC 6968 FLS 168 LIV A-10

MUCAIAI-RR

037.968.582-52

1ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Forense de Polícia Civil

DATA DE NASCIMENTO

30/09/2001

DATA DE EMISSÃO 12/05/2017

LEI Nº 7.116 DE 23/08/83

P7

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165799/20

Vítima: ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

CPF: 037.968.582-52

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 05/10/2019

Titular do CPF: ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

ANDRESSON ALVES OLIVEIRA : 037.968.582-52

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: 15/06/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200213717 **Cidade:** Caracará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRESSON ALVES OLIVEIRA **Data do acidente:** 05/10/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200213717 **Cidade:** Caracarái **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRESSON ALVES OLIVEIRA **Data do acidente:** 05/10/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 8

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

Identidade: 531419-4 SSP/RR **CPF:** 037.968.582-52

Naturalidade: BOA VISTA/RR **Nacionalidade:** BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO **Profissão:** AUTONOMO

Endereço: VICINAL 01 – IRACEMA RURAL / CEP: 69.348-000

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 19 de dezembro de 2019.

CARTÓRIO
LOUREIRO

Andresson Alves Oliveira

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
AV. VILAR ROY, Nº 5036 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (05) 3624-6977 - ATENDIMENTO: (CARTORIOLOUREIRO.COM.BR)

REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
[27tk32t0]-ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

LAAF Em testemunho da verdade Boa Vista, 20/12/2019
Emol 2,45, FUNDEJURR 0,25, FISC 0,10, FECON 0,10, ISS 0,10, Selo 1,50
Selo REC FIR 1583455 VZB59KLF3JYLK20 N° Ticket: 00200
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 03796858252

André G. Sabino
Escrevente Autorizado
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165799/20

Vítima: ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

CPF: 037.968.582-52

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 05/10/2019

Titular do CPF: ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

ANDRESSON ALVES OLIVEIRA : 037.968.582-52

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: 15/06/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO