
Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200185174

Vítima: ERASMO MARQUES MESQUITA

Data do Acidente: 10/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERASMO MARQUES MESQUITA

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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200185174

Vítima: ERASMO MARQUES MESQUITA

Data do Acidente: 10/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ERASMO MARQUES MESQUITA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - VR do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

513.709.132-49

4 - Nome completo da vítima:

Erasmão Marques Resquitor

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

5 - Nome completo:

Erasmão Marques Resquitor

6 - CPF:

513.709.132-49

7 - Profissão:

Corador

8 - Endereço:

Rua Osvaldo Cavalcanti

9 - Número:

324

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Soqui Clube

12 - Cidade:

Itaú

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.313.168

15 - E-mail:

liderboavista.pendencia@ligniaf.com

16 - Tel. (DDD):

(49) 9917-5392

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Banco do Brasil

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

4263

3

CONTA:

34374

8

(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 do Segurado 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 ojuízo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 nosoluto (várias)?

☐ 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 proverem responsabilidade civil por infração do artigo 295 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Itaú - RR 19 de novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034666/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora início do Registro: 22/11/2019 11:12 Data/Hora Fim: 22/11/2019 11:24
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 811205 Data: 10/10/2019
Delegado de Polícia: Alexandre Henrique da Matos Lima

DADOS DA OCORRÊNCIA

Fato: 2º Distrito Policial

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

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Asa Branca

Lugradouro: Rua Jose Alalxo c/ Av. Nossa Senhora de Nazaré

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DAIANE DA SILVA REIS (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Estudante

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 259032

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Lugradouro: Rua Pastor Nicanor Fabrício dos Santos

Nº: 208

Bairro: DR. Silvio Botelho

Nome Civil: ERASMO MARQUES MESQUITA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Olho d'Água das

Sexo: Masculino

Nasc: 03/02/1981

Profissão: Cobrador

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Euzinete Marques Mesquita

Nome do Pai: João Ramos Mesquita

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 513.709.132-49

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Lugradouro: RUA OSWALDO CAVALCANTE

Nº: 324

Bairro: Jôquei Clube

Telefone: (95) 99168-9870 (Celular)

Nome Civil: SGT/PM WESLEY (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Profissão: Policial Militar



Delegado de Polícia Civil: Alexandre Henrique da Matos Lima
Impresso por: Volney Anajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 22/11/2019 11:25
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034866/2019-A01

Nome da Mãe: Não Informado

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 945.213.952-87	Placa NAQ9087
Renavam 01098099653	Número do Motor 552685223022719
Número do Chassi 988226117HKA83750	Ano/Modelo Fabricação 2017/2016
Número da Carroceria 90394149	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo FIAT/TORO FREEDOM AT	Modelo FIAT/TORO FREEDOM AT
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 03/01/2017
Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Dalana da Silva Reis	Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCI	CPF/CNPJ do Proprietário 513.709.132-49
Placa NAQ0985	Renavam 01119270739
Número do Motor KC22E0H612659	Número do Chassi 9C2KC2200HR612685
Ano/Modelo Fabricação 2017/2017	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI	Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 02/06/2017
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Erasmio Marques Mesquita	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Compareceu neste Distrito Policial, uma Guarnição da Polícia Militar, para apresentar o ROP/PM: 811205 SÉRIE J, relatando sobre uma ocorrência de acidente de trânsito, tendo como envolvidos o senhor Erasmio Marques Mesquita, condutor da motocicleta HONDA/CG 160 FAN ESDI - PLACA NAQ-0935 (ESTA PLACA NÃO CONFERE COM A MOTOCICLETA DESCRITA NO ROP/PM) e Daiani da Silva Reis, condutora do veículo FIAT/TORO - PLCA NAQ-9087, conforme ROP/PM anexo ao BO. Era o que tinha a comunicar.

ADITAMENTO

O ENVOLVIDO ERASMO MARQUES MESQUITA, COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RETIFICAR A INFORMAÇÃO DO ROP PM ONDE INFORMA QUE O ITEM 02 FOI ENCAMINHADO AO PSE, QUANDO NA VERDADE FOI O ITEM 01, O PRÓPRIO ERASMO, CONDUTOR DA MOTOCICLETA, QUE FOI ENCAMINHADO AO PSE; TAMBÉM FORAM ACRESCENTADOS OS DADOS DA MOTOCICLETA COM O NUMERAL DA PLACA CORRETO. QUE COM O ACIDENTE, ERASMO SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O RÁDIO DISTAL DO BRAÇO ESQUERDO E O TORNZELO DA PERNA ESQUERDA.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034666/2019-A01

É O RELATO COMPLEMENTAR.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula: 042000188
Responsável pelo Atendimento



*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima escritas e afirmo que todas as informações são verdadeiras e corretas, sob pena de responder criminalmente pela presente declaração que do(a) origem, conforme previsto nos Artigos 330-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Fôlema ou de Contravenção do Estatuto Policial Brasileiro.

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - VR do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

513.709.132-49

4 - Nome completo da vítima:

Erasmio Marques Resquitor

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

5 - Nome completo:

Erasmio Marques Resquitor

6 - CPF:

513.709.132-49

7 - Profissão:

Condutor

8 - Endereço:

Rua Osvaldo Cavalcanti

9 - Número:

324

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Joquei Clube

12 - Cidade:

Itaúna

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.313.168

15 - E-mail:

liderboavista.pendencia@ligniaf.com

16 - Tel. (DDD):

(49) 9917-5392

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Banco do Brasil

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

4263

3

CONTA:

34374

8

(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 do Segurado 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 ojuízo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 nosoluto (vários)?

☐ 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 proverem responsabilidade civil por infração do artigo 295 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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:

Itaúna - RR 19 de novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE SÃO PAULO
 CNPJ: 06.739.403/0001-15
 Rua Osmar de Carvalho, 119 - Jd. São Paulo - São Paulo - SP
 CEP: 05412-000

CONTA DE ÁGUA

ABASTECIMENTO

0800 280 9520

MES/ANO: 02/2019

VENCIMENTO: 15/03/2019

MATRICULA: 00117286.7

ERASMO MARQUES MESQUITA

RUA OSMAR DE CAVALCANTE, NÚM. 00324

JOQUETI CLUBE

RUA VISTA, Nº 59315-160

VALOR TOTAL: R\$ 2.140,0420,000

ROTA: 19.7460

CONSUMO	CONSUMO	HIDRÔMETRO	VOL. FATORADO	ESCALAÇÃO	Nº DA CONTA
1	1		10	NÃO MEDIDO	14904207
LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
02/2018	02/2018	02/2018	02/2018	02/2018	02/2018
02/2018	02/2018	02/2018	02/2018	02/2018	02/2018

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

FAIXA 1: 02/2018
 FAIXA 2: 02/2018

40 M3

23,03
 4,77
 0,48

A NÃO PAGAMENTO AOS 15 DIAS DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E INTERJULGADO DE FORCAMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

29,09

QUANTO ÀS RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostragens Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostragem	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	M. Coll.
Amostragem					
Amostragem					
Amostragem					

Nota de Indicação Responsável: Nota de Indicação Responsável - CNPJ 028183 - 14-0112

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MES/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.013.140.0420.000	02/2019	11	29,09	19.7460

8266000000-2 29080004001-2 00117286701-0 02201940003-3



**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: 4295757

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748, 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 12/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-NOV-19 a 24-DEC-19
CONSUMO (kWh) 522	VENCIMENTO 13-JAN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 460,58

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 1020749	MÊS 12/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 460,58
-------------------------	----------------	-----------------------------

836800000041.605800750008.000000001024.074912190050



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 99 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 85

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP 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, este recusa é passível de comunicação ao COAF.

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

Pelo exposto, eu Denilze Correia Santos

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152, 100 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Erasmão Marques Mesquita

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 513.709.138 49

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da vítima Erasmão Marques Mesquita

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 513.709.138, 49 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>Av. General Ataíde Teix</u>		Número: <u>2748</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Liberdade</u>	Cidade: <u>Itapecuru</u>	Estado: <u>PR</u>	CEP: <u>69.309.000</u>
E-mail: <u>denilze@itape.com</u>			Tel (DDD): <u>(95) 99117-5398</u>

Local e Data: Itapecuru - PR 16 de Janeiro 2020

Denilze Correia Santos

Assinatura do Declarante

PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 811205

SÉRIE J

Ver. INTEGRADO 01	SUCP CIPTUR	Data 10.10.19	S/Setor LESTE	Nº Transm 11H05	Nº An 11H15	CH/H	H/Fl 13H00
Cód. Oc. 1001, 1003	Cód. Prov. 13999	Cód. Ser. Plast. X-X-X-X-X-X	Km/In Km/Fin				

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Av. Rua: RUA JOSÉ ALEIXO C/ AV. NOSSA SRA DE NAZARÉ

Bairro: ASA BRANCA

Ref: CRUZAMENTO

PESSOAS RELACIONADAS

1. ENVOLVIDO Nome: ERASMO MARQUES MESQUITA Idade: 38 E. Civil: XXXXXXXX
Endereço: RUA OSWALDO CAVALVANTE Nº 841 BAIRRO: JOQUEI CLUBE TEL: 99168-9870
Edt. R.G: 183395 SSP RR CNH: 04398576020 Profissão: COBRADOR

2. ENVOLVIDO Nome: DAIANI DA SILVA REIS Idade: 33 E. Civil: XXXXXXXX
Endereço: RUA PASTOR NICANOR FABRICIO DOS SANTOS, Nº 209 BAIRRO: DR. SILVIO BOTELHO
Edt. R.G: 259032 SSP RR CNH: 06442235279 Profissão: ESTUDANTE

3. Nome: Idade: E. Civil:
Endereço: BAIRRO: CNH: Profissão:

4. Nome: Idade: E. Civil:
Endereço: CNH: Profissão:

AVARIAS

VEICULO DO ITEM 01: MOTOCICLETA CG 160 FAN ESDI, DE COR PRETA, 2017/2017, PLACA NAQ 0935;
VEICULO DO ITEM 02: CAMINHONETE FIAT TORO FREEDOM AT, DE COR PRETA, 2016/2017, PLACA NAQ 9087;

ASSINATURA

CARGO

P. POLICIA

LOCAL

2ª DP

Senhor Delegado,

HISTORICO

Informo que fomos acionados via CIOPS e deslocamos no local acima citado, onde nos deparamos com o sinistro. Onde o ITEM 02 vinha na Av. Nossa Sra. de Nazaré na faixa da esquerda e ao executar a conversão a esquerda no retorno da Rua José Aleixo, não respeitou a preferência, e veio a colidir com o ITEM 01, que vinha trafegando na Av. Nossa Sra. de Nazaré na faixa da direita sentido bairro. O ITEM 02 foi atendido no local e encaminhado ao PSE pela equipe do SAMU. A perícia foi acionada e realizada pelo perito Jacy. Houve acordo entre as partes no local. Veículos foram liberados aos seus respectivos proprietários por falta de meios para recolhimento ao pátio do DETRAN.
Era o que tinha a relatar.

WESLEY

40411-0

Nº

1ºSGT/PM

Posto/Gratuação

CIPTUR

SUOp

RELATOR

POLICIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 21/10/19
1000000000

Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 2002 -



SAMU

192

UNIDADE: **Bravo I**

EQUIPE:

Julia / Luiz

Paciente: **ERASMO MANGUES MESQUITA**Idade: **37**Sexo: **MASCULINO**Nacionalidade: **BRAZILEIRO**Raça: Branca ☐ Negra ☐ Parda ☒ Amarela ☐ Indígena ☐ EtniaEndereço: **AV. NOSSA SENHORA DE NAZARE** Bairro: **ASA BRANCA**Nº **17436** DATA **10/10/2019**HORA J1: **10:45** BASE (VIA) ☒ (RÁDIO)

Médico (a) Regulador (a):

DR. LEIDIANAHORA J10: **10:54**☒ CELULAR

MOTIVO

colisão com motoINÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒1 a 3 horas ☐4 a 24 horas ☐Mais de 24 horas ☐Não sabe ☐☒ Acidente de trânsito☐ Agressão física / espancamento☐ Agressão física - FAF☐ Agressão física - FAB☐ Urgência psiquiátrica☐ Tentativa de suicídio☐ Envenenamento☐ Afogamento☐ Queimadura☐ Choque elétrico☐ Cadeia☐ Urgência clínica☐ Urgência obstétrica☐ Transferência☐ Exame complementar☐ Outros

VITIMA

MEIO DE LOCOMOÇÃO

OUTRA PARTE ENVOLVIDA

TIPO DE SEGURANÇA

☐ Pedestre☒ Condutor☐ Passageiro☐ Ignorado☐ A pé☐ Automóvel☒ Motocicleta☐ Bicicleta☐ Ônibus☐ Micro-ônibus☐ Outro☒ Automóvel☐ Motocicleta☐ Ônibus☐ Micro-ônibus☐ Bicicleta☐ Animal☐ Outro☐ Capacete☐ Cinto de segurança☐ Airbag☐ Assento para criança

VIAS AERIAS

VENTILACÃO

CIRCULACÃO

AVIAIS NEUROLÓGICAS

☒ Livre☐ Obstrução Parcial☐ Obstrução Total☐ Corpo estranho☐ Outro☐ Apnéia☐ Dispnéia☐ Sibilância☐ Taquipnéia☐ Circulação capilar normal☐ Circulação capilar estagnada☐ Circulação capilar aumentada☐ Pulso central ausente☐ Circulação central☐ Extremidade☐ Mioclonia☐ Atetose☐ Anisocoria☐ Aparência Alcoolizada☐ Agitação psicomotora

Hora

P.A. mmHg

F.C. Bpm

F.R. lpm

Sat. O₂ %

T. Axilar °C

Glicemia

Esc. visual "BCR"

Glasgow

Início

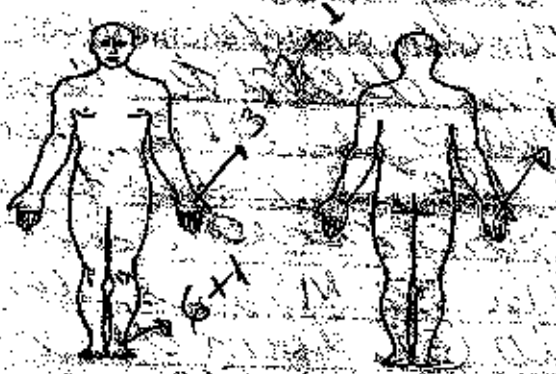
11:06/10/20**77****20****35****95****—****—****—****04****15**

Fim

11:40/10/20**76****20****38****98****—****—****—****05****15**

LESÃO IDENTIFICADA

- ☒ 1 - Dor
- ☒ 2 - Hematoma
- ☒ 3 - Contusão
- ☒ 4 - Escoriação
- ☒ 5 - Laceração
- ☒ 6 - Luxação
- ☒ 7 - Fratura fechada
- ☒ 8 - Fratura exposta
- ☒ 9 - Amputação
- ☒ 10 - Evulsão
- ☒ 11 - Afundamento de crânio
- ☒ 12 - Ferimento penetrante
- ☒ 13 - Tórax insuflável
- ☒ 14 - Edema subcutâneo
- ☒ 15 - Ferida aspirativa
- ☒ 16 - Empelamento
- ☒ 17 - Outros



ABRILHADA EM J. A.

☒ Espontânea☒ Ao comando☒ A dor☒ Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

☒ Orientado☒ Confuso☒ Respostas inapropriadas☒ Respostas incompreensíveis☒ Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

☒ Obedece a comandos☒ Localiza a dor☒ Movimento de retirada☒ Flexão anormal☒ Extensão anormal☒ Sem resposta

ARRITMIAS CLÍNICAS

SINAIS DE VITAIS

HISTÓRIA PRECEDENTE

- ☐ Ritmo Sinusal
- ☐ Taquicardia Sinusal
- ☐ Flutter Atrial
- ☐ Fibrilação atrial
- ☐ FV
- ☐ TV
- ☐ AESP
- ☐ Assístolia
- ☐ Neurológica
- ☐ Respiratória
- ☐ Cardiovascular
- ☐ Digestiva
- ☐ Metabólica
- ☐ Endócrina
- ☐ Diabetes
- ☐ Cardiopatia
- ☐ Medicamentos
- ☐ Malária
- ☐ Outros

GRAU DE LESÃO

☐ Ileso☐ Pequena☒ Média☐ Severa☐ Óbito

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Registro)

Dr. E. Soares
Otorrinolaringologista

- ☐ Cancelamento
- ☐ Recusa de Atendimento
- ☐ Não se encontrava no local
- ☐ Hospitalização

SAMU 192-BV

- ☐ Polícia Militar
- ☐ Guarda Municipal
- ☐ Bombeiros
- ☐ Outros

PACIENTE				PROCEDIMENTOS REALIZADOS																											
Idade Gestacional:		☐ Movimentos fetais presentes ☐ Contrações entre 3-5 min. ☒ Contrações com duração > 80s		☐ Partes fetais na vulva ☐ Com cartão de gestante ☒ Sem cartão de gestante																											
Perda de líquido:																															
BCF:																															
☐ Aspiração ☐ Cânula de Guegel ☐ Cateter nasal: ___ L/min ☐ Máscara facial: ___ L/min ☐ Bolão valva-máscara: ___ L/min ☒ Intubação orotraqueal ☐ Acesso venoso Galco nº 20								☐ Miliocistite aguda ☐ Guia de introdução Bougie ☐ Torciorreostomia cirúrgica ☒ Omeletia ☐ Dreno de tórax ☐ Descompressão torácica ☐ Acesso venoso Sinal nº								☒ Monitorização cardíaca ☒ Colar cervical ☐ Headblock ☒ Prancha longa ☒ Tirantes ☐ RED ☐ Acesso intracesso								☒ Imobilização de fraturas ☒ Curativos ☐ Parto vaginal ☐ Cesárea de emergência ☐ Imobilização de luxação ☒ Outros:							
MEDICAMENTOS PRESCRITOS				MEDICAMENTOS PRESCRITOS																											
PACIENTE	DOSE	VIA	HORA	PACIENTE	DOSE	VIA	HORA																								
SRL 500ml	500ml	EV																													

04 atodura 30 cm + 03 atodura 15 cm + 01 Equi pD +
08 pous de curas m. + 02 masc. desc. + 3 perod. de
OBSERVAÇÕES INTERCORRÊNCIAS al. col.

OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS

Última de occidentação muito colisão com o
moto condutor da moto encontrado caído em
rua pública em decubito ventral, LOTE, repen-
do dos em miss e MIE realizamos o ro-
tamento de 180° e realizamos todos os pro-
cedimentos necessários, vítima apresenta
suporte fratura no MSE, e uma laceração
de tornozelo (E), além de ferimentos nos
MMSS e MMIS. Realizamos seu SSVU e
informamos o MR. DR. Leideane que
por sua vez, orientou realizar AVP e
conduzir para o GT do HCR.

3AM1192-BV
 CONFIDENT COM
 ORIGIN
 Em 25 1 30 119

Assinatura e carimbo do profissional

D1URN0 07-19 12

1901172238	10/10/2019 11:23:31				
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
	03/02/1981	38 A 8 M 7 D	701106093426310	51370913249	

Paciente	ERASMO MARQUES MESQUITA		03/02/1981	38 A 8 M 7 D	701106093428310	5101001000000
Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
183395	SSP/RR	13/11/2013	M	NAO	PARDA	OLHO D'AGUA DAS
Idade	38 A 8 M 7 D		NÃO INFORMADO		CUNHAS - MA	
					Contato	
					(95) 99168-0870	

EUZINETE MARQUES MESQUITA	JOAO RAMOS MESQUITA	95/95100-070
Endereço		Ocupação
RUA - CJ-4 - 333 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR		NÃO INFORMADA

Class. do Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis. Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Exatidão	Tempo	Peso
					Pressão

Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atendi.	Procedência	Tempo	Peso	Procedi
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL					ERBEJONE.SIMPLICIO

GRANDE TRAUMA ☒ SANGUE CAPITAL ☒ ☐ SÍNDROME FEBRIL ☐ SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO ☐ SUSPEITA DE DENGUE

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12346 MRV: 123456	

Exame Físico: *mg. ADEA para os conteúdos de vários*

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
------------	-------------	------------

HOSPITAL GENL - DA ROCHA
Av. Bríg. Eduardo Gomes, 511
Nova Pádua - RJ 193-1-71-062
AUTENTICAÇÃO
20.03.2019
Shela
Certifico e Do. Fátima presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada neste Hosp,tal

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☒ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para Intensivista

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: 11/11/2017 14h

Destino: ☐ Família ☐ IML Arterionia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: **erbojone.stimulciu**
Data Hora: 10/10/2019 11:31:44

[illegible]



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

BLOCO A

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

Mãe

Fam.

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ac. Tórax e / fadiga da perna
+ + e exames de TnT (C)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TnT Cigno

2ª via

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

HOSPITAL GERAL de Roraima
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/A
Novo Planalto, Tel (65) 2131-3639
AUTENTICAÇÃO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Certifico a realização do procedimento
solicitado, de acordo com o protocolo
que foi apresentado neste Hospital

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

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 - Cód. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0308060019
S823 T068
S823 V299

63

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



DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: 02/08/2019 DN: _____

PACIENTE: ERASMO MALQUES MESQUITA

DIAGNÓSTICO: Fratura do punho + Fratura Ulna com lesão de tendão

ALERGIAS: _____ HAS: _____ DM2: _____

IDADE: _____ LEITO: _____ DATA: 10/10/19

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	3ND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0.9% 500ML EV S/N	3ND
4	DIPIRONA 500MG EV 8/8H S/N	3ND
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	3ND
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	3ND
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	3ND
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	3ND
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H S/N	3ND
10		3ND
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG	
20	SSVV + CCGG 6/6 H	
21	CURATIVO DIÁRIO	

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2UI; 251-300; 4UI; 301-350; 301-350; 8UI; ≥ 450; 10 UI E OU GLICOSE ≥ 70 DLML, GLICOSE ≥ 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE;
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÓICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM
 QUEIXAS ALGUMAS.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brig. Eduardo Dantas, 550
 Novo Povoado, 69100-000
 AUTENTICADO
 20 JUN 2019
Shela

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H			
24 H	<u>112X68</u>	<u>92</u>	

MÉDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

20h PR: 101 X 72
 FC: 80

Regulador
 para leito
 Ao Bloco A/63
 Regulador de leito



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"



FICHA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

Bloco: A-63-

I - DADOS DO PACIENTE:

DESCONHECIDO: () SIM ☒ NÃO ENTRADA: 10 / 10 / 2019
OBS: (COR/RAÇA, ESTATURA, VESTIMENTA)

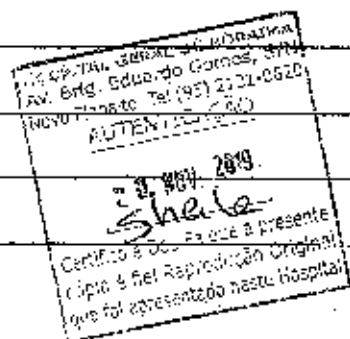
II - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Erasmio Marques Mesquita
DATA DE NASCIMENTO: 03/02/81 IDADE: 38 anos
SEXO: () FEM. ☒ MASC. TELEFONE: _____
NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE: Olho d'água - Ma
ENDEREÇO: Rua Osvaldo Cavalcante
Nº 324 BAIRRO: Joazeiro Clube CIDADE: _____
ACOMPANHANTE NA UNIDADE: esposa Ruania Oliveira Marques
PARENTESCO: esposa CONTATO: 991689870
POSSUI DOCUMENTOS: () SIM () NÃO
APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO SE SIM, QUAL? _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? () SIM () NÃO
() BPC () APOSENTADORIA () AUXÍLIO DOENÇA () OUTROS: _____

III - CONDUTA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

Paciente vítima de acidente moto/automóvel
Realizando acolhimento e orientações sobre a rotina
do hospital e DPVAT.

M. de R. Prado Cordeiro
Mariana de Roraima Prado Cordeiro
Assistente Social
CRESS 0086-27ª Região/RR



463

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE	ERASMO MARQUES MESQUITA
----------	-------------------------

AGNÓSTI	FX PILAO + TNZ
---------	----------------

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	-----	------	-----	------

IDADE	LEITO	63	DATA	11/10/2019
-------	-------	----	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	
---	------------------	--

2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	2nd
---	--------------------------	-----

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

4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
---	---------------------------	----

5		
---	--	--

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

7	NAI BUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	SN
---	---	----

8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	SN
---	--------------------------	----

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

10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	SN
----	---------------------------------------	----

11		
----	--	--

12		
----	--	--

13		
----	--	--

14		
----	--	--

15		
----	--	--

16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
----	---	----

17	SSVV + CCGG 6/6 H	SN
----	-------------------	----

18	CURATIVO DIÁRIO	SN
----	-----------------	----

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:

COND. JIA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

DE PAU PA = 308/70 FC = 79 T = 36.7°C

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	110x70	70	19
18 H	102x62	76	26.9°C
24 H	122x58	74	37.0°C

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

AS 12:00h Paciente no leito, feito acesso com Tefco n.º 18, Afeito - SSVV, segue com exames nos cuidados da equipe de enfermagem.

Rosilene Garcia P. Mendo
 Técnica de Enfermagem
 COREL RR 552.039-TE

TORRDE
 SEGUNDO SSVV
 SEM MEDICACAOES CPM
 PRATO DE COZIDOS
 SCLD'S

RECIBO DE PACIENTE
 Dr. Pedro de Souza Fausto, S.M.
 Rua Dr. Pedro de Souza Fausto, 2121-0520
 28 NOV 2019
 Recebido a seguinte documentação Original:
 1) Formulário de Admissão Hospitalar

Coordenadora de Enfermagem
 COREL RR 552.039-TE



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE **ERASMO MARQUES MESQUITA**

AGNÓSTICO **FX PILAO + TNZ**

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

63

DATA

12/10/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

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

4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN

23:00

5

6 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 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 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h

11

12

13

14

15

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

17 SSVV + CCGG 8/8 H

18 CURATIVO DIÁRIO

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 QU GLICOSE ≤ 70
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACUANTE

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

SOLICITADO:

CONDIÇÃO: MANEJO

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

CGH, 100x60 - 82, T-360

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	127x80	82	18
18 H	109x62	73	18
24 H	100x60	73	18

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO

CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaSECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Erasmo Marques Mesquita				
DIAGNÓSTICO	Fratura rádio + ulna + tornozelo				
ALERGIAS	HAS NEGA DM2 NEGA				
IDADE	LEITO		DATA		13/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
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 S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15					
16					
17					
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				

Dr. Odinaeli Okemiri
Médico
CRMRR 1861

EVOLUÇÃO MÉDICA:

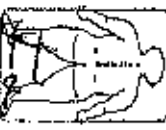
TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

OBS: Paciente de AVP recebeu um novo
divido o fêco nr 18, segundo ele
já comprou o material.

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	100x60	72	36,70	
18 H	100x60	80	36,70	
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.paciente com luto enteral
afecção SSVV. Sur quiza
6h: PP: 90x60 P: 60
P: 6024h: PP: 100x60
P: 90
T: 37

Núcleo de Enfermagem em	Protocolo n° 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Tratamento de Feridas -	Paciente:	Joaquim de Sousa		
HGR	Leito: M63	Data:	13/10/19	

Localização	 	Região: <u>MLE</u>	 	Região: _____
Etiologia	☐ LPP I ☐ II ☐ III ☐ IV ☒ * ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: _____	Grau: I () II (X)	☐ LPP I ☐ II ☐ III ☐ IV ☒ * ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: _____	Grau: I () II ()
aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros _____ ☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema/ Rubor ☐ Outro: _____	☐ Furulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema/ Rubor ☐ Outro: _____	☐ Furulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze ☒ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário	☐ 12/12 ☐ Diário	☐ 12/12 ☐ Diário	☐ 12/12 ☐ Diário
Profissional que realizou procedimento:	Mariana de Fátima N. Pimenta Auxiliar de Enfermagem COREN-PR 443.709	Mariana de Fátima N. Pimenta Auxiliar de Enfermagem COREN-PR 443.709	Mariana de Fátima N. Pimenta Auxiliar de Enfermagem COREN-PR 443.709	Mariana de Fátima N. Pimenta Auxiliar de Enfermagem COREN-PR 443.709
Observações:	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

120-b

62

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						 	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE ERASMO MARQUES MESQUITA AGNÓSTICO FX PILAO + TNZ							
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE		LEITO	63	DATA	14/10/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					SND	
2	ACesso VENOSO PERIFERICO					Atenção	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N						
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN					7 SN H	
5							
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN					7 SN	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM						
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA					DB	
9	METOCLÓPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					SN	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h					16/24 08	
11							
12							
13							
14							
15							
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN	
17	SSVV + CCGG 6/6 H					Retina	
18	CURATIVO DIÁRIO					Curativo	
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 OX. GLICOSE ≤ 70
 DM/L. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

OGN PA - 119 x 63 P - 94 T - 36,2

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	100 x 60	115	36
18 H	142 x 85	109	40
24 H	120 x 60	70	36

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

Nota: Fluxo de 3 de por administrado medicações do item 4 -
 adeo SSVV e Siginia. Unidade da Clínica. 703/932
 em função fisiológica. Trocado AVP. em Glicose nº 22.

120-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																														
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																														
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA																														
PRESCRIÇÃO MÉDICA																														
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN																										
PACIENTE: ERASMO MARQUES MESQUITA																														
AGNOSTIC: FX PILAO + TNZ																														
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA																									
IDADE	LEITO			DATA	15/10/2019																									
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE				SN																									
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Atenção																									
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN																									
4	DIPIRONA 500MG EV 8/8H SN				7/8/46																									
5																														
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				> SN																									
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM																													
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				001																									
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN																									
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				08 08 29 08																									
11																														
12																														
13																														
14																														
15																														
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN																									
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina																									
18	CURATIVO DIÁRIO				Curativo																									
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 DI/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: #CONDUÇÃO: MANTIDA #PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: #PREVISÃO DE ALTA:																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>130 x 80</td> <td>113</td> <td>20</td> <td>36,8</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>130 x 80</td> <td>100</td> <td></td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>130 x 80</td> <td>100</td> <td></td> <td>36,8</td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS					6 H	PA	FC	FR		12 H	130 x 80	113	20	36,8	18 H	130 x 80	100		36	24 H	130 x 80	100		36,8
SINAIS VITAIS																														
6 H	PA	FC	FR																											
12 H	130 x 80	113	20	36,8																										
18 H	130 x 80	100		36																										
24 H	130 x 80	100		36,8																										
Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia																														

UBS: Análise de urina e o item do mao foi administrado porque na prescrição está em gotas e na farmácia só tem em comprimido.

Josiane de Sousa, 17/10/2019
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 000.461.07

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

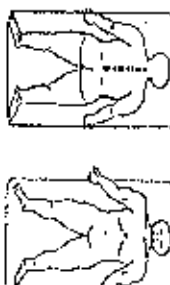
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Erasmio M. de Araújo

Leito: 120.5

Data: 15/10/2019

Localização		Região: <u>Mic</u>		Região: _____
Etiologia	Grau: I () II (☒) ☒ LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☒ Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (☒) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ ☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____			
Pele Perilesional	() Purotento () Seroso () Sanguinolento () Seco () Outro: _____ () Molhado (☒) Único () Seco () Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	() Molhado (☒) Único () Seco () Outro: _____			
Solução de Limpeza	(☒) Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase (☒) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____			
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____			
Troca	() 12/12 (☒) Adiário () 48/48h () 12/12 () Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<u>Luciane Aparecida</u> <u>Enfermeira</u> <u>CRN-RR 453.584</u> <u>Luís Carlos Alves Mota</u> <u>Enfermeiro</u> <u>CRN-RR 453.584</u> <u>Thaís Carolina de Siqueira</u> <u>Téc. em Enfermagem</u> <u>COBEN-RR 24.622</u>			
Observações:	_____ _____ _____ _____ _____			



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE **ERASMO MARQUES MESQUITA**

AGNÓSTICO **FX PILAO + TNZ**

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

120-5

DATA

16/10/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

SF 0,9% 500ML EV S/N

4

DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN

5

6

TRAMAL 100MG + SF 0,9% 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 1X DIA

9

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h

11

12

13

14

15

16

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

17

SSVV + COGG 6/6 H

18

CURATIVO DIÁRIO

19

20

21

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEitado NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACUANTE

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

SOLICITAÇÃO:

CONDUITA: 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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 AV. BRG. EDUARDO GUERREIRO, S/N
 ALEXANDRIA, RORAIMA - 69201-000
ATENDIMENTO
 28 NOV 2019
 Gheila
 Gerente de Ortopedia e Traumatologia
 Copia e Retorno de Documento Original
 para Representação de Apoio Hospitalar



၂- (၄) အငယ်စဉ်

[illegible]

SECRET

100-443887-100

~~SECRET~~

ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-19-2006 BY 60322 UCBAW/SJS

ROBAINA



IDENTIFICADORA
DENILZE CORREA SANTAS



DOC. IDENTIFICAD. / ORG. EMISSORA
3142655 ESP. RR

CPF 792.637.152-00 DATA NASCIMENTO 08/03/1979

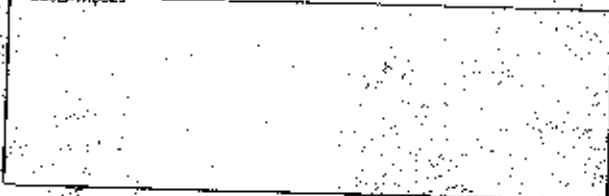
FILIAÇÃO JOSE DE SOUZA CORREA

EVANGELINA TORRES DA SILVA

PERMISSÃO REC CAT. HAB

1º REGISTRO VALIDEZ 1ª HABILITAÇÃO 31/05/2010

DESCRIÇÕES



Denilze Correa Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL BOA VISTA, RR DATA DE EMISSÃO 11/09/2019

100 GOMES BRASIL
DIRETOR PRESIDENTE
03912250616
RR210269685
ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1919590155



PROIBIDO PLASTIFICAR
1919590155

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Erasmio Marques Mesquita
NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Colaborador RG: 183395 CPF: 513.709.132-44
ENDEREÇO: R. Osvaldo Cavalcanti 324 Joazeiro CE
VITIMA: Erasmio Marques
CPF: 513.709.132-44 DATA DO ACIDENTE: 10/10/19
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

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

Nota Vista. R. 19 de novembro de 2019.

X 
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.


Daniel Aquino
Cartório do 2º Ofício
Reconhecimento por Verdade LPS
Em testemunha de verdade, LPS
De que dou fé, Boa Vista, 19 de novembro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: portal.portal.com.br
RSCFIR-66286KJLUI-66286VJC18-
Emissão: 2019-11-19 14:55:10 - 19/11/2019 14:55:10

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033132/20

Vítima: ERASMO MARQUES MESQUITA

CPF: 513.709.132-49

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 10/10/2019

Titular do CPF: ERASMO MARQUES MESQUITA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

ERASMO MARQUES MESQUITA : 513.709.132-49

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: 23/01/2020
Nome: ERASMO MARQUES MESQUITA
CPF: 513.709.132-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

ERASMO MARQUES MESQUITA

MANOEL COELHO NETO