



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

ICE

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

909981959

NAME: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

DOC IDENTIDADE/ORG. EMISSOR: 122664 SSP RR

CPF: 311.623.632-15 DATA NASCIMENTO: 10/12/1966

PLAÇA: NOME EM BRANCO

MANGELA BRAGA DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC CAT MAR AD

Nº REGISTRO: 04888791299 VALIDEZ: 24/09/2019 1ª HABILITAÇÃO: 01/03/2010

OBSERVAÇÕES:

Antônio Braga de Oliveira
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 11/12/2014
Assinatura: Anderson Góes da Silva
Detran RR
Assinatura do Emissor: 49562491378
RR207725659

DETTRAN-RR/RORAIMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175281/20

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF: 311.623.632-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO : 421.026.772-49

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

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA : 311.623.632-15

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: 24/06/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
CPF: 421.026.772-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200226582 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA Data do acidente: 27/10/2019 Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO POLEGAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO POLEGAR ESQUERDO.

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 MODERADA DO POLEGAR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 01, 06, 07 E 20.

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200226582 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA Data do acidente: 27/10/2019 Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO POLEGAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO POLEGAR ESQUERDO.

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 MODERADA DO POLEGAR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 01, 06, 07 E 20.

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Antonio Braga de Oliveira ESTADO CIVIL: Casado
 NACIONALIDADE: Brasileira RG: 122664
 PROFISSÃO: Mecânico ENDEREÇO: Av. Itália Cimba
 CPF: 311.623.632-15 CIDADE: Bon Vista
 BAIRRO: Caranã
 CEP 69.313-618
 VÍTIMA: _____ DATA DO SINISTRO: 27/10/2019
 CPF: _____
 NATUREZA: _____

OUTORGADA:

NOME: Tânia Helena Fracalossi de Melo
 NACIONALIDADE: Brasileira
 ESTADO CIVIL: Casada
 PROFISSÃO: Autônoma ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RO
 Nº DO RG: 188059
 DATA DE EMISSÃO: 09/07/92
 Nº-CPF: 421.036.772-49
 ENDEREÇO: R: Antônio Augusto martins, nº 347

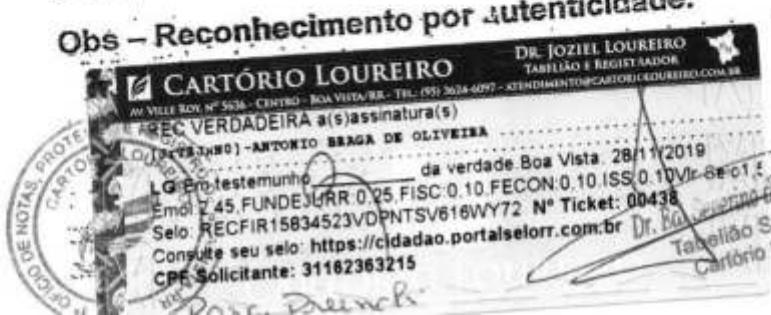
PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Lider, 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.

Bon Vista, 13 de novembro de 2019

Assinatura

Obs - Reconhecimento por Autenticidade.



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: 3200 226582 3 - CPF da vítima: 311.623.632-15 4 - Nome completo da vítima: Antônio Braga de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
<u>Antônio Braga de Oliveira</u>	<u>311.623.632-15</u>		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
<u>Vertente</u>	<u>Av. Júlio Andrade</u>	<u>550</u>	<u>casa</u>
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
<u>Caraná</u>	<u>Bon Vista</u>	<u>RR</u>	<u>69.313-618</u>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <u>(95) 9118-4505</u>		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: 1352

CONTA: 11448

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1352

CONTA: 11448

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <u>Falecidos:</u>	30 - Vítima teve nascituro (velho nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <u>Falecidos:</u>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	---	--	---	---

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

34

ESTOU CIENTE
que a
vítima
não é
alfabetizada

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bon Vista, 30/07/2020

Antônio Braga de Oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Tânia H. F. de Melo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175281/20

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF: 311.623.632-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO : 421.026.772-49

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

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA : 311.623.632-15

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: 24/06/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
CPF: 421.026.772-49

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175281/20

Número do Sinistro: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF: 311.623.632-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA : 311.623.632-15

Autorização de pagamento

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: 10/07/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
CPF: 421.026.772-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01352

CONTA: 000000011448-0

Autenticação:

2D033B04A9907FD32C9D529B3495BE7637B68365FAE0249FCDC6F2C9F2AC8169

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

Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

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



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

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue informa endereço diferente do comprovante de residência.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

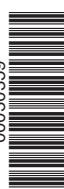
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200226582** Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO BRAGA DE 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

二〇一九年四月

Recebedor: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000001352

Conta: 0000011448-0

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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, retorno 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:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Francisco de Assis S. Barbosa

6 - CPF:

45922.112-72

7 - Profissão:

motorista

8 - Endereço:

R. José São Batista

9 - Número:

481

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

Cinturão Verde

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.312-389

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(65) 99176-5649

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *0652*

CONTA: *73921*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/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 Lider 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:

Sim

Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

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

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)

40 - Local e Data, *Boa Vista, 10/06/2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Francisco de Assis S. Barbosa*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

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:

3200 226582

3 - CPF da vítima:

311.623.632-15

4 - Nome completo da vítima:

Antônio Braga de 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:

Antônio Braga de Oliveira

6 - CPF:

311.623.632-15

9 - Número:

550

10 - Complemento:

Casa

7 - Profissão:

Porteiro

8 - Endereço:

Av. Jaba Cunha

11 - Bairro:

Carana

12 - Cidade:

Bon Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.313-618

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(95) 99118-4505

DADOS CADASTRAIS

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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 33009

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 deu à^a nascituro (váinacer)?

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 06/07/2020

Antônio Braga de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Dânia H. F. Melo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

06/07/2020

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**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: 5242997

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA
AV SABA CUNHA, 550 ,
CARANA

69313618 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 313025	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 23-APR-20 a 21-MAY-20
CONSUMO (kWh) 292	VENCIMENTO 15-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 255,76

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 313025	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 255,76
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836600000027.557600750003.000000000315.302505200055





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037546/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/10/2019 21:05 Data/Hora Fim: 27/10/2019 21:22
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 0690012 Data: 27/10/2019
Delegado de Polícia: Alexandre Henrique de Matos Lima

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 27/10/2019 19:23

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Asa Branca

Logradouro: Av. Ataíde Teive c/ Av. Imigrantes

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CHARLES DIAS DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 41 anos

Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Policial Militar

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Sem Informação

Nome do Pai: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JORGE FRAXE

Nº: 1051

Bairro: Caimbé

Nome Civil: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 10/12/1966 Idade: 53 anos

Naturalidade: MA - Vitória do Profissão: Vigilante Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Manoela Braga de Oliveira

Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 311.623.632-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Sabá Cunha

Nº: 550

Bairro: Caranã

Nome Civil: CARLOS RIAN LIMA BRAGA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade:

Profissão: Estudante



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037546/2019

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 122664

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Sabá Cunha

Nº: 550

Bairro: Caranã

Nome Civil: JENESSIS FIGUERA JOSÉ GONZALEZ (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Venezuelana

Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Princesa Isabel

Bairro: Santa Tereza

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	311.623.632-15	Placa	NAO5391
Renavam	01107511132	Número do Motor	KD08E1H410845
Número do Chassi	9C2KD0810HR410839	Ano/Modelo Fabricação	2017/2016
Cor	VERMELHA	UF Veículo	Roraima
Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/NXR160 BROS ESDD
Modelo	HONDA/NXR160 BROS ESDD	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Última Atualização Denatran	17/01/2017	Situação do Veículo	REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Braga de Oliveira	Proprietário
Grupo	Outros Meios de Transporte
Fabricação	Nacional
Nome Envolvido	Envolvimentos
Jenessis Figuera José Gonzalez	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Compareceu neste Distrito Policial, uma Guarnição da Polícia Militar, para apresentar o ROP/PM: 0690012 SÉRIE J, relatando uma ocorrência de acidente de trânsito, conforme relato a seguir:
Informo que Fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito no local supracitado. No local, o referido acidente envolveu uma motocicleta e uma bicicleta. Segundo o item 01 (Antônio), que conduzia a motocicleta Honda Bros, placa NÃO-5391, juntamente com o item 02 (Carlos) na garupa, disse que conduzia sua motocicleta na Avenida dos imigrantes e que ao passar pelo cruzamento (sinal aberto) com a Avenida Ataíde Teive bateu no item 03 (Jenessis) que trafegava numa bicicleta no sentido contrário da Avenida Ataíde Teive. Todos os envolvidos foram socorridos pelo Corpo de Bombeiros e também pelo Samu até o HGR. Os itens 01 (Antônio) e 03 (Jenessis) apresentavam escoriações pelo corpo e o item 02 com uma possível fratura na perna direita. A motocicleta do item 01 (Antônio) ficou aos cuidados do senhor Antônio Natal Nogueira da Cruz (amigo), RG 4656466-RR, CNH 02213459016, endereço: Rua São Matheus, 65 é Cinturão verde. A bicicleta do item 03 (Jenessis) ficou aos cuidados da senhora Jeniffer Rodriguez, cédula 25568425; endereço: Rua Raimundo Filgueiras, 1338- Buritis. Era o que tinha a relatar.





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037546/2019

ASSINATURAS

DAT
CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 07/01/2020


ASSINATURA

Eraldo Pereira Maia

Agente de Polícia

Matricula 42000183

Responsável pelo Atendimento

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

PMRR- 1º BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº 0690012

Vtr 137	SUCP 1ºBPM	Data 27/10/2019	S/Sector LESTE	H/Transm 19:23	H/ini 19:29	CH/H 21:10	H/Fim 21:10
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13023/13999	Cód. Ser. Prest.	Km/ini. 139.570	Km/Fim 139.576			

LOCAL DE OCORRÊNCIA

LOCAL **Avenida Ataíde Teive c/ Avenida Imigrantes.** Bairro: **Asa Branca** Refe.: _____

PESSOAS RELACIONADAS

1 Envolvido Nome: **Antônio Braga de Oliveira.** Idade: **53** E. Civil: **Casado**
 Endereço: **Avenida Sabá Cunha, 550 – Caraná.**

Edt. R.G **122.664-RR** CNH **04889791299** Profissão: **Porteiro**
 CPF _____ TEL _____

2 Envolvido Nome: **Carlos Rian Lima Braga.** Idade: **18** E. Civil: **Solteiro**
 Endereço: **Avenida Sabá Cunha, 550 – Caraná.**

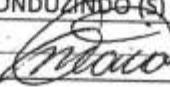
Edt. R.G **442368-2-RR** CNH _____ Profissão: **Estudante**
 CPF _____ TEL _____

3 Envolvido Nome: **Jenessis Figueira José Gonzales.** Idade: **31** E. Civil: **Casada**
 Endereço: **Avenida Princesa Isabel – Santa Tereza. (Não soube informar o numero da residência)**

Edt. R.G _____ CNH _____ Profissão: **Autônoma.**
 CPF _____ TEL **95 98409-0697**

MATERIAIS APREENDIDOS

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S):

ASSINATURA  CARGO **B - POLÍCIA** LOCAL **2º DP**

HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a) do 2º Dp:

Informo que Fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito no local supracitado. No local, o referido acidente envolveu uma motocicleta e uma bicicleta. Segundo o item 01, que conduzia a motocicleta Honda Bros, placa NÃO-5391, juntamente com o item 02 na garupa, disse que conduzia sua motocicleta na Avenida dos Imigrantes e que ao passar pelo cruzamento (sinal aberto) com a Avenida Ataíde Teive bateu no item 03 que trafegava numa bicicleta no sentido contrário da Avenida Ataíde Teive. Todos os envolvidos foram socorridos pelo Corpo de Bombeiros e também pelo Samu até o HGR. Os itens 01 e 03 apresentavam escoriações pelo corpo e o item 02 com uma possível fratura na perna direita. A motocicleta do item 01 ficou aos cuidados do senhor Antônio Natal Nogueira da Cruz (amigo), RG 4656466-RR, CNH 02213459016, endereço: Rua São Matheus, 65 – Cinturão verde. A bicicleta do item 03 ficou aos cuidados da senhora Jeniffer Rodriguez, cédula 25568425; endereço: Rua Raimundo Filgueiras, 1338- Buritis.

Era o que tinha a relatar.



CHARLES DIAS DOS SANTOS

41.150-7

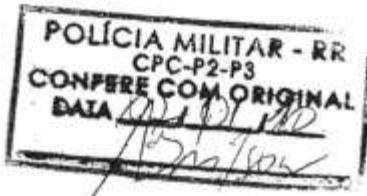
CADASTRO

AL SGT PM

1º BPM/CPC

Posto/Graduação

SUOp



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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Francisco de Assis S. Barbosa

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

5 - Nome completo:

Francisco de Assis S. Barbosa

6 - CPF:

45922.112-72

7 - Profissão:

motorista

8 - Endereço:

R. José São Batista

9 - Número:

481

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Cinturão Verde

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.312-389

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(65) 99176-5649

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0652

CONTA: 73921

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/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 Lider 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 (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Si

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

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)

40 - Local e Data, Boa Vista, 10/06/2020

Francisco de Assis S. Barbosa

Tomio H. f. au mes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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:

3200 226582

3 - CPF da vítima:

311.623.632-15

4 - Nome completo da vítima:

Antônio Braga de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Antônio Braga de Oliveira

7 - Profissão:

Portero

11 - Bairro:

Carana

15 - E-mail:

8 - Endereço:

Cir. Santa Cunha

12 - Cidade:

Bon Vista

6 - CPF:

311.623.632-15

9 - Número:

550

10 - Complemento:

Casa

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.313-618

16 - Tel.(DDD):

(95) 9948-4505

DADOS CADASTRAIS

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 BANCARIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 33009

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

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.

MORTE

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:

Sim

Não

30 - Vítima dobrou nascituro (vainacer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

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.

NÃO ALFABETIZADO

34

impossível
digitar ou
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 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Boa Vista, 06/07/2020

Antônio Braga de Oliveira

Cláudia H. F. Melo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão José Gomes, 681 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.541.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.023-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pelo SEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0031302-5

Nº da Nota Fiscal
003893169
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2019	15/11/2019	335	252,15

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

AV. PARA CIMA 550 CARGA
DADOS DA LEITURA (kWh)

Atual: 335
Anterior: 8
Dias de consumo: 33
Constante de Multiplicação: 1.600
Consumo médio: 335
Consumo Faturado: 335

DATAS DA LEITURA

Atual: 23/10/2019
Anterior: 26/09/2019
Próxima Leitura: 23/11/2019
Emissão: 22/10/2019
Apresentação: 23/10/2019
R: 7.001.15.05.441140

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: B
Classe/Subclasse: RESID.BX.RENDA
Ligação: B1
Número Móvel: 7001738835
Forma de Faturamento: NORMAL
Modalidade: CONVENIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA

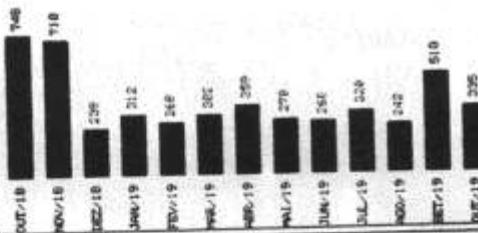
CONSUMO	30 A R\$ 0,262144 =	7,86
	70 A R\$ 0,449385 =	31,45
	120 A R\$ 0,674084 =	80,89
	115 A R\$ 0,746975 =	86,13
SUBVENCAO BAIXA RENDA -	49,81	
RELIGACAO		10,82
CORRECÃO MONETARIA DA	07/19-00	0,05
CORRECÃO MONETARIA IG	07/19-00	0,48
MULTA POR ATRASO DE I	07/19-00	1,53
JUROS DE MORA POR ATR	07/19-00	0,42
MULTA POR ATRASO	07/19-00	3,95
JUROS DE MORA DE IMPO	07/19-00	3,29
ILUMINACAO PUBLICA		25,28

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 38 - 0,217588
31 A 108 - 0,372990
108 A 220 - 0,559490
220 A 335 - 0,621650

Média 12 meses: 229

HISTÓRICO DE MEDAÇÃO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO



Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/11/2019, se não pagar as faturas reaisadas nessa fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já revisada(s) no valor de R\$ 163,36 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER
A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26



Nº da Conta: 0367721053
Mês de referência: 09/2019
Período: 06/08/2019 a 05/09/2019
Data de emissão: 08/09/2019

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR

www.vivo.com.br/meuvivo
Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco
Telefonica Brasil S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
IE: 240108035
CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62
CNPJ Filial :02.558.157/0016-49

Vencimento
21/09/2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Tânia Hélia Lucena de meo
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 421.026.772 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Antônio Braga da Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.623.632 / 15,
 do sinistro de DPVAT cobertura Finalruz da Vítima Antônio Braga da Oliveira,
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.623.632 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso 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>R. Antônio Augusto martins</u>	Número:	<u>347</u>	Complemento:	<u>casa</u>
Bairro:	<u>Jos Francisco</u>	Cidade:	<u>Bon Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>
E-mail:				CEP:	<u>69.905-270</u>
				Tel.(DDD):	<u>(95) 99.39-4405</u>

Local e Data: Bon Vista, 10/06/2020

Tânia H. L. de meo
Assinatura do Declarante

27/10/2019

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

1^ª Classificação Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

NOTURNO 19- 26

1901179099 27/10/2019 20:16:52

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente **ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA**
 Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo
IDENTIDADE 122664 SSP/RR 03/11/1997 M
 Mãe **MANOELA BRAGA DE OLIVEIRA**
 Endereço **AVENIDA - SABA CUNHA - 664 - CARANA - BOA VISTA - RR**

Data Nascimento **10/12/1966** Idade **52 A 10 M 17 D** CNS **705006411262751** CPF **31162363215**
 Estado Civil **SOLTEIRO(APARDA** Raça/Cor **Naturalidade VITORIA DO MEARIM BRASILEIRA**
 Pai **ND** - MA Contato **(95) 99118-4505**
 Ocupação

Prontuário

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Previdencial
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.	Peso
Setor GRANDE TRAUMA	RESGATE				Pressão
Queixa Principal					Registrado por:
Anamnese de Enfermagem					ELIENE

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) **Decante vi fute de acidente**
20 minuto (Co 1. São moto bicicleta).
de dor no lado () **Dor/edema/estrangulamento do membro**
primo/mão () **10000** ()

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Trauma contuso

SADT - Exames Complementares

 RAIOS-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO

1) Dis. contuso **2) Tumor** **3) Choque** **2826.**

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

TRAJMA
 18/10/2019
 121-06

ALAO
 18/10/2019

ALAO
 18/10/2019

Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revelia
- Transferência para: **OCTOBO 2019**

Ambulatório Reprodutora Inicial
 Observação (Até 24h) Pós-OP
 Internação Outros

Data e Hora da Saida/Alta: **18/10/2019**

Óbito Sim Não **Destino:** Família

 IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: **eliene**
 Data Hora: 27/10/2019 20:17:54

J. Ferreira FRANCA
 Atendeu o paciente
 Ident. Mv. 0108601378

Carimbo e Assinatura do Médico



1901179099

ca 29

FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA

AV GLAYCON DE PAIVA , 1027
SAO VICENTE , 99999-999 , BOA VISTA , RR
Fone: (095) 3198-8400 C.G.C. 84.112.481/0008-93
HomePage www.unimedfama.com.br

Fatura Hospitalar - 00032539

Nome do Paciente ANTONIO BRAGA OLIVEIRA		Data de Nascimento 10/12/1966	Sexo Masculino
Endereço SABA CUNHA		Número 550	
Complemento CASA		Bairro CARANÃ	
CEP 69313-618	Município BOA VISTA		UF RR
Telefone 9591184505	CPF 31162363215	Identidade 122664	Orgão Emissor SSP
Responsável		Prontuário 00008126	

Convênio UNIMED INTERCAMBIO		Plano UNIMED INTERCAMBIO ENF		
Guia 4024385	Matrícula	Senha 4154264	Dt. Início 06/11/2019	Dt. Fim 07/11/2019
Observação				
Atendimento 00015785	CID	Leito 000041	Dt. Entrada 06/11/2019	Hr. Entrada 17:42
				Dt. Saída 07/11/2019
				Hr. Saída 16:00

Procedimento

Equipo

MÉDICO RESPONSÁVEL

Descrição		Total R\$
DIARIAS	- BLOCO E	450,00
		450,00
GASES MEDICINAIS	- CENTRO CIRURGICO	46,08
		46,08
TAXAS DIVERSAS	- CENTRO CIRURGICO	765,55
		765,55
MEDICAMENTOS	- BLOCO E	113,99
	CENTRO CIRURGICO	445,48
		559,47
MATERIAIS	- BLOCO E	46,27
	CENTRO CIRURGICO	110,22
		156,49

Ray Saraiwa
Enfermeiro Auditor
COREN-RR 470126
LIMEDIFAMER

Total da Fatura : 1.977,59

cx 29

Hospital Unimed

www.unimedbv.com.br
Av. Glacyon de Paiva, 1027
69303-340 São Vicente, Boa Vista - RR
T. (95) 3198-8400

Unimed 
Boa Vista

TERMO DE INTERNAÇÃO

DATA: 06/11/2019

HORA: 17:42

USUÁRIO: LEVY BRITO

Atendimento: 00015785

PRONTUÁRIO: 00008126

LEITO: E03

DADOS DO PACIENTE:

NOME: ANTONIO BRAGA OLIVEIRA

DATA DE NASC.: 10/12/1966 52 a 11 m 1 d

SEXO: Masculino

CPF: 31162363215

DOCUMENTO:

NACIONALIDADE:

PAI:

MÃE: MANOELA BRAGA DE OLIVEIRA

RELIGIÃO:

PROFISSÃO: OUTROS

CELULAR: 95991184505

CONVÊNIO: UNIMED INTERCAMBIO I

TELEFONE: 95991184505

MATRÍCULA: 8650001129356004

ENDERECO: SABA CUNHA , 550

GUIA:

BAIRRO: CARANÁ

SENHA:

CIDADE: BOA VISTA

MÉDICO: BRUNO FIGUEIREDO

RESPONSÁVEL:

CRM: 1047

CPF DO RESP.:

ESPECIALIDADE:

RG DO RESP.:

TEL. DO RESP.:

TIPO DE INTERNAÇÃO:

Descrição do procedimento: FRATURAS E/OU LUXACOES DE FALA

OBSERVAÇÃO: NÃO TINHA Apt Disponivel.

ATESTO QUE NO ATO DA INTERNAÇÃO RECEBI ORIENTAÇÕES SOBRE O REGULAMENTO INTERNO DO HOSPITAL UNIMED PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES. E QUE DAREI CIÊNCIA ÀS NORMATIVAS NELE CONTIDAS, ME COMPROMETENDO A LER E A CUMPRIR A TODAS AS NORMAS QUE O HOSPITAL ESTABELECE.

ACOMPANHANTE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



CONFERE COM ORIGINAL



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 30415-8



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

 2-Nº Guia no Prestador
122025144

Nº do protocolo:

Status: RESPONDIDA

1-Registro ANS 313971	3-Número da Guia Atribuído pela Operadora 4024385	4-Data da Autorização 07-11-2019	5-Senha 4154264	6-Data Validação Senha 06-01-2020
Dados do Beneficiário				
7-Número da Carteira 865 0001129356004	8-Validade da Carteira 31/10/2021	9-Atendimento de RN N		
10-Nome ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA			11-Número Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante				
12-Código na Operadora / CNPJ 1360082	13-Nome do Contratado FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA - FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES COOPERAT			
14-Nome do Profissional Solicitante BRUNO FIGUEIREDO	15-Conselho Profissional CRM	16-Número Conselho 1047	17-UF 14	18-Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				
19-Código na Operadora/CNPJ 1360082	20-Nome do Contratado FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA - FEDERAÇÃO DAS	21-Data Sugerida 06/11/19		
22-Caráter do Atendimento 2 1-Eletiva 2-Urgência/Emergência	23-Tipo de Internação 2 1-Clinica 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica			
24-Regime de Internação 1 1-Hospitalar 2-Hospital-dia 3-Domiciliar	25-Qtde. Diárias 1	26-Previsão Uso N	27-Previsão Uso de Quimioterápico N	
28-Indicação Clínica Paciente com luxação no pelegra esquerdo com muita dor necessitando internar para procedimento de emergência.				
29-CID 10 Principal	30-CID 10 (2)	31-CID 10 (3)	32-CID 10 (4)	33-Indicação de Acidente 2 0-Trabalho 1-Trânsito 2-Outros 9-Não
Procedimentos Solicitados				
34-Tabela	35-Cód do Procedimento	36-Descrição	37-Qtde	38-Qtde.
22	30722438	Fraturas e/ou luxações de falanges	1	
22	30722551	Plastica ungueal	1	
18	60000635	DIÁRIA DE ENFERMARIA COM ALOJAMENTO	1	
Dados da Autorização				
39-Data Provável da Admissão 06/11/2019	40-Qtde. Diárias Autorizadas	41-Tipo de Acomodação Autorizada		
42-Código na Operadora/CNPJ	43-Nome do Prestador Autorizado	44-Código CNES		
45-Observação				
46-Data Solicitação 06/11/19	47-Assinatura Profissional Solicitante 	48-Assinatura Beneficiário/Responsável 	49-Assinatura Responsável Autorização	

CONFERE COM ORIGINAL

Laudo Médico

PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DIÁRIAS DE UTI | <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADOR |
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL |
| <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO DE ALTO CUSTO |
| | <input type="checkbox"/> OUTROS |

NOME DO PACIENTE (USUÁRIO): *Antônio Braga de Oliveira* Nº GICH:

CÓDIGO DO USUÁRIO: 865 - 609129356004 HOSPITAL:

DATA DA INTERNAÇÃO: / / PREVISÃO DE ALTA: / /

JUSTIFICATIVA:

panel em hachura nas folhas
de grama

Dr. **Pedro F. Santos**
Ortopedia e Traumatologia
Titulo da Especialista
CRM 10466
FONE 5031 CRM 1047

ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA: 66, u, R

AUDITOR:

DATA: _____ / _____ / _____

ASS. DO AUDITOR

CONFERE COM ORIGINAL

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome:	Antônio Braga Júnior			Idade:	_____
Data:	06 / 11 / 15	S.O.:	2	Sexo:	M
Diagnóstico Pré-Operatório	_____				
Indicação Terapêutica	_____				
Tipo de Internação	_____				
Medicações e Acidentes	_____				
Diagnóstico Operatório	_____				

Cirurgião	<u>Dr. Bruno</u>			
1º auxiliar	<u>Dr. Mário</u>			
2º auxiliar	<u>Yuri</u>			
3º auxiliar				
Anestesia	<u>Dr. Mário</u>			
Início		Fim		Duração

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① fratura - braço
- ② caps que estavam
- ③ peito mal (2 fraturas)
- ④ cubito da ferida fechada
- ⑤ dor lombar

Dr. Bruno F. Santos
 Ortopedia e Traumatologia
 Título de Especialista
 SBOT: TEOT 10488
 RQE 503 / CRM 1047

CONFERE COM ORIGINAL

FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA

AV GLAYCON DE PAIVA , 1027

SAO VICENTE - 99999-999 - BOA VISTA - RR

Fone: (095) 3198-8400 C.G.C. 84.112.481/0008-93

HomePage www.unimedfama.com.br

BOLETIM DE SALA

Paciente			Prontuário
ANTONIO BRAGA OLIVEIRA			00008126
Plano			Matrícula
UNIMED INTERCAMBIO ENF			8650001129356004
Tipo de Anestesia			Porte de Sala
GERAL EV+LOCAL			GRANDE
Inicio da Anestesia	Inicio Procedimento		Término Procedimento
18:00	18:05		18:25

Procedimento

FRATURA DE FALANGES - TRATAMEN

Equipe

MÉDICO RESPONSÁVEL

MEDICO HOSPITAL

CRM

999

Qtd.**Medicamentos**

000047	AGUA PARA INJECAO 10 ML CX, 200 AMP, PLAST,	AMPOLA	1
000167	CLORETO SODIO 9MG/ML SOL. INJ.IV BOLS.PP SIST.FECH.5C	FRASCO	3
000389	DIMORF (RESTRITO HOSP,) 0,1 MG/ML SOL, INJ, CX, 50 E	AMPOLA	1
000382	DORMIRE (RESTRITO HOSP,) 5 MG/ML SOL, INJ, CX, 50 AM	AMPOLA	1
000259	FENTANEST (RESTRITO HOSP,) 0,05 MG/ML 25 AMPS, 5 ML	FRASCO AMPOLA	1
000269	FLUMAZIL (RESTRITO HOSP,) 0,1 MG/ML 10 AMPS, 5 ML	AMPOLA	2
000460	PROPOVAN (RESTRITO HOSP,) 10 MG/ML CX, 5 FA VD, X 2C	FRASCO AMPOLA	1
000471	RINGER DE LACTATO - BOLSAS SISTEMA FECHADO (RESTRITC	FRASCO	3
000514	TRAMADON 100 MG, FR, 10 ML GTS,	FRASCO	1
000329	KYLESTESIN (*) (RESTRITO HOSP,) 2% S/V 10 FR, 20 ML	FRASCO AMPOLA	1

Qtd.**Materiais**

000036	AGULHA HIPODERMICA 40GAX12MM 1000UNID.	UNIDADE	1
000054	ALCOOL 70% QUALITY FR 1000ML	MILILITRO	50
000586	ATADURA CREPE 10CMX1,2MT 13FIOS	UNIDADE	1
001508	CAMPO CIRURGICO 4 CAMADA ESTERIL 45X50 C/RAIO X 5UNID	UNIDADE	5
000647	CATETER NASAL OXIGENIO TP.OCULOS 1,40CM	UNIDADE	1
000657	CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% 1000ML C-17	MILILITRO	100
001502	COMPRESSA GAZE 7,5CMX7,5CM 09FIOS 500UNID C22009	UNIDADE	20
001517	ELETRODO P/ECG ADU.MEDITRACE 1000UNID	UNIDADE	5
000709	ESCOVA C/CLOREXIDINA 2% A-33	UNIDADE	2
000711	ESPARADRAPO 10,0CMX4,5MT	CENTIMETRO	15
000847	SERINGA DESC.03ML C/AG.25X07 RYMCO	UNIDADE	1
000851	SERINGA DESC.10ML AG.25X7 LS UNIJET	UNIDADE	4
000853	SERINGA DESC.20ML C/AG.25X07 RYMCO	UNIDADE	1

Assinatura do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL

TERMO DE CONSENTIMENTO DE CIRURGIA

Declaro que fui suficientemente esclarecido pelo Dr.(a) _____

Sobre o procedimento a que o(a) paciente Antônio Bioga de Oliveira

será submetido(a), do qual, eu Ana Fátima Lima de Oliveira grau de parentesco:

esposa sou responsável legal.

Nome do procedimento: _____

Lateralidade (se aplicável) () Direito () Esquerdo

Fui informado pelo meu médico (a) sobre o diagnóstico, prognóstico, objetivos do tratamento cirúrgico, **principais riscos**, benefícios, probabilidade de sucesso e alternativas existentes ao procedimento proposto.

Fui também orientado (a) sobre a **possibilidade de ocorrer complicações durante e após a realização do procedimento** a que o paciente será submetido, pois durante a realização de qualquer procedimento invasivo e/ou cirurgia existe o risco de acontecer situações imprevistas e complicações tais como: sangramento, complicações cardiovasculares, infecções, óbito e etc.

É possível que durante a realização do procedimento, seja necessário realização de biópsia e o material coletado ser submetido a uma análise anatomo-patológica.

Declaro ainda que fui informado sobre possíveis problemas relativos à recuperação e resultados decorrentes da minha recusa ao tratamento proposto.

Declaro ainda que não necessito de qualquer outro esclarecimento ou informações por parte do meu médico ou de sua equipe sobre o tratamento que serei submetido.

Existem implicações culturais e/ou religiosas que precisam ser declaradas: (X) Não () Sim

Boa Vista - RR, 06 de novembro de 2019.

Ana Fátima Lima de Oliveira
ASSINATURA

692 256 302 -63

CPF

CONFERE COM ORIGINAL

Ficha Anestésica

Boa Vista, 6 nov 2019

Pré-medicação - Droga - Dose - Efeito						Nome									
						Prontuário									
A G E N T E S	N2O	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45		
	02														
LÍQUIDO VENESOS															
PA		150													
PULM.															
● ANES															
X OP															
O TEMP															
ASPIR.															
A RESP.															
O															
SÍMBOLOS															
AGENTES	DOSSES	TECNICA													
A	Moxela 10m	CERM													
B															
C															
D															
E															
F															
G															
GLUCOSE	LÍQUIDOS	CÂNULA - NASOVOIRO FARÍNGEA													
NDOD		NASOVOIROTRÁQUEAL - CEGA													
SANGUE		BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO													
		SOB MÁSCARA													
		DIFÍCULDADE TÉCNICA													
		TEMPO DE ANESTESIA													
TOTAL															
OPERAÇÃO															
FMS / MSE													LARIANGO - ESPASMOS - EXCESSO SECRE		
													DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA - HIPOXIA		
													BUCKING - VÔMITO		
													HEMORRAGIA - ARRitmIA		
													BRADI - TAQUICARDIA - CHOQUE		
ANESTESISTAS				CIRURGIÃO								PERDA SANGUÍNEA			
Dr. <i>[Signature]</i> <i>[Signature]</i> Médico Anestesiologista CRM-Roraima ROF A&C CRM-RR 039				Dr. <i>[Signature]</i>											

CONFERE COM ORIGINAL

FAMA

CX 29

0629

Emissão Descritiva da Fatura**Atendimento:** 00015785**Paciente:** ANTONIO BRAGA OLIVEIRA**Convênio:** UNIMED INTERCAMBIO**Plano:** UNIMED INTERCAMBIO ENF**Entrada:** 06/11/2019 17:42**Matrícula:** 8650001129356004**Item
Médico****Data****Qtd.****Unitário****Tx.Serviço****Total**

06/11/2019

**BLOCO E
DIARIAS**

60000635 DIARIA DE ENFERMARIA COM ALOJAMENTO CONJUN	06/11/2019	1	450,00	0,00	450,00
---	------------	---	--------	------	--------

SubTotal**0,00****450,00****MEDICAMENTOS**

90072081 AGUA PARA INJECAO 10 ML	5	0,72	0,00	3,60
90008332 CEFAZOLINA 1 G	1	16,60	0,00	16,60
90309952 CLORETO SODIO 0,9% 100ML	2	6,91	0,00	13,82
90310004 CLORETO SODIO 0,9% 500ML	1	6,91	0,00	6,91
90137485 DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2ML	2	0,72	0,00	1,44
90293851 OMEPRAZOL 40 MG PO	1	49,16	0,00	49,16
90071271 TENOXICAM 20MG FA	2	7,35	0,00	14,70

SubTotal**0,00****106,23****MATERIAIS**

00223166 AGULHA DESCARTAVEL 40X12	5	0,96	0,00	4,80
00113760 EQUIPO MACROGOTAS FLEXIVEL SIMPLES	1	12,60	0,00	12,60
00146218 SERINGA DESCARTAVEL 10ML C/ AG.	5	3,30	0,00	16,50

SubTotal**0,00****33,90****CENTRO CIRURGICO**

GASES MEDICINAIS			0,00	590,13
-------------------------	--	--	-------------	---------------

60034335 GASOTERAPIA OXIGENIO P/ HORA	1	46,08	0,00	46,08
---------------------------------------	---	-------	------	-------

SubTotal**0,00****46,08****TAXAS DIVERSAS**

60023180 TX DE RECUPERACAO POS-ANESTES	1	126,12	0,00	126,12
60023112 TX DE SALA PORTE 2	1	639,43	0,00	639,43

SubTotal**0,00****765,55****SubTotal****0,00****811,63**

07/11/2019

BLOCO E**MEDICAMENTOS**

90008375 CEFALOTINA 1 G	1	7,76	0,00	7,76
-------------------------	---	------	------	------

SubTotal**0,00****7,76****MATERIAIS**

70705330 SERINGA DESCARTAVEL 10ML S/AG.	1	2,16	0,00	2,16
00146757 LUVA ESTERIL TAM.7,0 (PAR)	1	1,50	0,00	1,50
00488402 TORNEIRINHA 3VIAS	1	2,80	0,00	2,80
70034028 ATADURA CREPE 10CMX1,25MT	1	5,91	0,00	5,91

SubTotal**0,00****12,37****SubTotal****0,00****20,13****CENTRO CIRURGICO****MEDICAMENTOS**

90072081 AGUA PARA INJECAO 10 ML	1	0,72	0,00	0,72
90310004 CLORETO SODIO 0,9% 500ML	3	6,91	0,00	20,73
90046161 FENTANILA 0,05 MG/ML 5 ML FENTANEST	1	8,91	0,00	8,91
90302265 FLUMAZENIL 0,1 MG/ML 5 ML	2	126,91	0,00	253,82

CONFIRA COM ORIGINAL

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - HOSPITAL UNIMED BOA VISTA

PACIENTE:

Alecius Bento

DIAGNÓSTICO:

Luxurso de pulmão

ENFERMIDADE/LEITO:

603

MÉDICO:

Bruno Henrique

CONDICIONES NEUROLÓGICAS

CONSCIENTE

DESORIENTADO

OUAI:

PRESERVADO

AGITADO

SONO E REPOUSO

ALIMENTAÇÃO

OCORRÊNCIA:

ASPECTOS:

ASPECTO:

NOME: Anderson B. Oliveira

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (NOTURNO)

Bloco: Leito: 03 **Data:** 06/01/2019

ORIGINAL

Silvias paciente adorável este é umidade hospitalar pacífico pacientemente
contato comungado nos de vacas e folhas de cipreste
as quicadas de branco, no momento respondeu
algumas questões, algumas das quicadas
de escravos

24hs → A 360g/l. peso real.

O queijo simples, & adorável, 3 acimangas, 12 aquiles
40x12

Obra → A dipicante & compreender 100% de medicina local
Jagulho 400g, 1AD com 1A espuma
Má do P. S. 2019
Técnica de Enfermagem
CORENRR 2261424

Nome: Antônio Braga

Bloco-E Leito: E03 Data: 07/11/19

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - PLANTÃO DIURNO

10H- Paciente em repouso no leito, P.O de luxação do joelho, realmo rompimento de conjuntura medial, menisco medial, supinio, óbile lato, de esquerda, de esfera, dextro, óbile lato, AVP MSB HV curvo. Medicamento: Diclofenac 100mg CPN. Diclofenac native em MSE solucionado. Juncap + E traqueia -. Alergia nenhuma. Sos 15H.

08H- Magalina 4g E.V. Tenoquinic + Sevica 3ml + SFG 99/100ml + SFG 9/1 100ml E.V. + Juncap 10ml + Agulha 40x12. 12H- Tilitad 20mg E.V. + Juncap 2ml E.V. + AB + Sevica 10ml + Agulha 40x12

Sandy

Sandy Kathusia Aguiar Moraes

Téc. de Enfermagem

COREN-RR 651.099-TE

CENTRO CIRÚRGICO - RPA

PACIENTE: Antônio Braga Oliveira PRONTUÁRIO 15785
CIRURGIA: _____

- ANESTESIA:** Geral Venosa Peridural com cateter Geral
 Geral Inhalatória Peridural sem cateter Sedação
 Geral combinada Raquianestesia Local

Anestesista:

DR - UbirajaraAdmissão na RPA: às 18:35 HORASData 06/11/19**MONITORIZAÇÃO**

- ECG OXIMETRIA PANI PA INVASIVA

DRENOS/CÂNULAS

- Sonda gástrica SNE SVD Nº _____ Guedel nº _____
 Penrose nº _____ Tórax Nº _____ Succção Nº _____ kher Nº _____

OUTROS: _____

NIVEL DE CONSCIÊNCIA:

- Acordado Sonolento Calmo Agitado

PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO:

Hora	18:35	18:50	19:00	20:00	20:20		
Sat O2 %	98%	98%	95%	100%	97%		
O2 Litros/min	3L	3L	3L	1L	ABSENTES		
Respiração	—	—	—	—			
Tax	—	—	—	—			
P.A. mmHg	162x86	130x91	138x89	131x89			
Pulso bpm	74	70	67	67			
Funcionário	Lays	Lays	Lays	Vitor			

Desligado Oxigênio às 20:10hsAlta da RPA às 20:30hs

19h ANOTAÇÕES: Admitido Transtornos de sono e sonolência do paciente, algas percutânea, manjirina EV, conforme relatório da anestesia.

Assinatura:

CONFERE COM ORIGINAL 

Pág. 15 785

FOLHA DE GASTOS CIRÚRGICOS

Hospital Unimed

Unimed 

Boa Vista

 Av Glaycon de Paiva, 1027 - São Vicente
 Boa Vista - Roraima
 Fone: (95) 3198-8400

Paciente: Antônio Braga Oliveira Convênio: Unimed Interno Data: 06/11/19
 Cirurgia: Fratura luxação de Palmo Início: 18:05 Fim: 18:25 Acomodação:
 Cirurgião: DR. Bruno F. Anestesia: Geral E + Local Início: 18:00
 Anestesista: DR. Ubirajara Jardim
 Pediatra: Yanque Circulante: Adalton
 inst: Adalton

MATERIAL	QTDE.	MATERIAL	QTDE.
GELCO		AZUL DE METILENO	
CATÉTER DE 02	1	SONDA NASOGÁSTRICA	
CERA PARA OSSO		SONDA DE FOLLEY N°	
ELETRODO BIS		SONDA URETRAL	
COMPRESSA CIRÚRGICA	C/5 ①	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL N°	
LUVA DE PROCEDIMENTO		VERDE BRILHANTE	
SORO		SONDA RETAL N°	
DRENO PENROSE		TORNEIRINHA DESCARTÁVEL	
DRENO P/ TORAX		DROGAS ANESTÉSICAS	
EQUIPO P/ SORO		Xylo s/v	1
EQUIPO DE P.V.C		Propofol	1
ESCOVA DESCARTÁVEL	5 cm	Fentanyl	1
ESPARADRAPO		midazolam	1
FORMOL		Flumazenil	1
GAZE	C/20 ①	Fentanyl	1
GELFOAM		morfina 50 mg	1
ATADURA GESSADA			
LÂMINA DE BISTURI N°			
MICROPORE			
POVIDENE			
PULSEIRA		GASES MEDICINAIS	
SERINGAS DESCARTÁVEIS	100 30 20	OXIGÊNIO	5 litros
SERINGA DE INSULINA		ÓXIDO NITROSO	
SONDA GASTRONÔMIA/ JEJUNOSTOMIA		GÁS CARBÔNICO	
ALGODÃO		MEDICAMENTOS E OUTROS	
CATGUT SIMPLES			
CATGUT SIMPLES			
CATGUT CROMADO			
CATGUT CROMADO			
PRONELE		EQUIPAMENTOS ESPECIAIS	
PRONELE		CARRO ANESTÉSICO	
SEDA		MONITOR CARDÍACO	X
VICRYL		BISTURI	X
AGULHA 40x12	①	LIPO ASPIRADOR	
AGULHA OXIGENADA		OXÍMETRO	X
ALCOOL IODADO		DEFIBRILADOR	
MONONYLON		RX	
MONONYLON		CAPINÓGRAFO	
MONONYLON		VIDEO	
		BIS	

CONFERE COM ORIGINAL

NOME DO PACIENTE: Antônio Braga Oliveira		APARTO: E03			
DATA DA ADMISSÃO: 06/11/2019		DATA DA ALTA: 07/11/19			
HORAS: 18.16		HORAS: 15.15			
STATUS DO QUARTO:		STATUS DO QUARTO:			
CHEK IN		CHEK OUT			
ITENS	APTO	NÃO APTO	ITENS	APTO	NÃO APTO
TELEVISÃO COM CONTROLE	X		TELEVISÃO COM CONTROLE	X	
FRIGOBAR	X		FRIGOBAR	X	
CENTRAL DE AR COM CONTROLE	X		CENTRAL DE AR COM CONTROLE	X	
CAMA	X		CAMA	X	
SOFÁ CAMA	X		SOFÁ CAMA	X	
ARMÁRIO	X		ARMÁRIO	X	
MESA DE CABECEIRA C/ BANDEJA	X		MESA DE CABECEIRA C/ BANDEJA	X	
APARELHO TELEFÔNICO	X	-	APARELHO TELEFÔNICO	X	
POLTRONA	-	-	POLTRONA	-	
SUPORTE DE SORO	X		SUPORTE DE SORO	X	
ESCADINHA	X		ESCADINHA	X	
KIT DE ENXOVAL	X		KIT DE ENXOVAL	X	
OBS: Kit enxoval contempla (um lençol para colchão, um lençol e um travesseiro com fronha).			OBS: Kit enxoval contempla (um lençol para colchão, um lençol e um travesseiro com fronha).		
<i>Assinatura do responsável pela verificação</i>			<i>Assinatura do responsável pela verificação</i>		

CONFERE COM ORIGINAL



Dr. Bruno Figueiredo dos Santos

Diretor Técnico - CRM RR - 1047

RQE 503

ANTONIO BRAGA DE OLVEIRA

LAUDO MÉDICO

CID 10: S 62.5

PACIENTE ENCONTRA-SE INCAPACITADO TEMPORARIAMENTE PARA EXERCER SUA FUNÇÃO LABORAL POIS ESTÁ EM PÓS OPERATÓRIO DO POLEGAR ESQUERDO SENDO SUBMETIDO A REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO COM FIOS DE KIRSHNER.

SOLICITO AFASTAMENTO DO TRABALHO POR 60 DIAS.

Dr. Bruno Figueiredo dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1047 TEOT 10488

BOA VISTA, 14 de NOVEMBRO de 2019.