

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima
[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2930097620201208172117

Processo 0829856-32.2020.8.23.0010  - (18 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 10441 - Acidente de Trânsito

Nível de Sigilo: Público

Prioridade: Maior que 60 anos (conforme Lei 10.741/2003)

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)	
Realces						
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência						
Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória						
Filtros						
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>						
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9						
500 por pág. 1						
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por			
<input type="checkbox"/> 9	08/12/2020 17:21:17	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador			
		9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2770302CONTESTACAO01.pdf	Público	
		9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2770302CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público	
		9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público	
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA				
	8	24/11/2020 15:39:10	(Pelo advogado/curador/defensor de DINA BATISTA DOS SANTOS) em 24/11/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.			
	7	23/11/2020 12:12:21	Para advogados/curador/defensor de DINA BATISTA DOS SANTOS com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020)			
<input type="checkbox"/> 6	23/11/2020 11:37:00	CONCEDIDO O PEDIDO	LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA Advogado			
5	20/11/2020 00:43:21	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA			
4	20/11/2020 00:43:21	RECEBIDOS OS AUTOS	Analista Judiciário			
3	20/11/2020 00:43:21	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado			
2	20/11/2020 00:43:21	REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO	SISTEMA CNJ			
<input type="checkbox"/> 1	20/11/2020 00:43:20	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ			
		4ª Vara Cível	LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA Advogado			
		JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL				



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, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200069490 **Vítima: DINA BATISTA DOS SANTOS**

Data do Acidente: 11/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DINA BATISTA DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 41,35
Juros:	R\$ 19,81
Total creditado:	R\$ 904,91

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: DINA BATISTA DOS SANTOS

Valor: R\$ 904,91

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 00000135815-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

151.194.712-08

Dina Batista dos Santos

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: 151.194.712-08
Dina Batista dos Santos
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
No lar R: Arcos 571 Casa
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
Kaior do Sol Boa Vista RR 69.916-004
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 45/99176-6409

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: 0653

CONTA: 1359 15

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (varássaro)? 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, 2020

Dina Batista dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Dina H. S. de Melo

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

08/12/2020

577356



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004129/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/01/2020 16:34 Data/Hora Fim: 28/01/2020 16:44
Delegado de Polícia: Francilene Lima Hoffmann de Vargas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 11/03/2019

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Raia do Sol

Logradouro: RUA ARCO IRIS

Tipo do Local: Outro

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DINA BATISTA DOS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 04/03/1950 Idade: 69 anos
Naturalidade: TO - Goiânia Profissão: Aposentado

Estado Civil: Viúva(a)

Nome da Mãe: Perpetua Rodrigues dos Santos

Nome do Pai: Manoel Batista Soares

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 141.194.712-68

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ARCO IRIS

Nº: 671

Bairro: Raia do Sol

Telefone: (95) 99176-6409 (Celular) (95) 99144-6684 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa KAM7593	Número do Chassi FINAL 7809
Cor AMARELA	Marca/Modelo HONDA CBX 250 TWISTER
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Dina Batista dos Santos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

QUE na data e horário encimado trafegava na garupa da motocicleta em questão na rua Arco Iris e ao se deparar com um veículo fazendo uma manobra arriscada, o piloto da moto (seu neto) teve de freiar bruscamente a moto, derrubando a vítima e esta lesionou o ombro direito; QUE por meses aguardou cirurgia no HGR, mas não teve sucesso; QUE recentemente foi procurada por uma pessoa dizendo trabalhar com DPVAT e foi aconselhada ao registro deste BO. É o relato.



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004129/2020

ASSINATURAS


Adelson Araújo Viana Junior
Agente de Polícia
Matrícula 42000909
Responsável pelo Atendimento


Dina Batista dos Santos
(Comunicante / Vítima)

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 904, 91

*****TRANSFERIDO PARA:

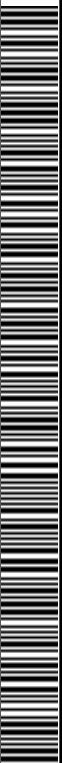
CLIENTE: DINA BATISTA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000135815-7

Nr. da Autenticação 0331D139F03EB514





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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ87LW5Q2H D42LH 997AA





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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Tânia Helena Fracalossi de melo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 521.026.772-49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Dina Batista dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 51.195.712-68
do sinistro de DPVAT cobertura Inválida 3 da Vítima Dina Batista dos Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 51.195.712-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso 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:
Bairro:	<u>João Francisco</u>	Cidade:	<u>Bea Vista</u>	Estado:
E-mail:	<u>parana_melma@hotmail.com</u>			CEP: <u>69.305-270</u> Tel.(DDD): <u>(95) 99139-8405</u>

Local e Data: Bea Vista, 03/02/2020

Tânia Helena Fracalossi de melo
Assinatura do Declarante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200069490 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DINA BATISTA DOS SANTOS **Data do acidente:** 11/03/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P2 P3 P7 P8)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA IDOSA 70 ANOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

1/03/2019

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

... Guia de Atendimento 17 ...

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

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

DIURNO 07-19

1901082769	11/03/2019 09:27:34	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
DINA BATISTA DOS SANTOS		04/03/1950	69 A 0 M 7 D	705201443631373	14119471268	0006432	
Documento	SSP/PA	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade		
IDENTIDADE	381462	F	NAO	PARDA	GOIAS - GO	BRASILEIRA	
Mãe			INFORMADO		Contato	(95) 99126-2252	
PERPETUA RODRIGUES DOS SANTOS				MANOEL BATISTA SOARES	Ocupação	APOSENTADO	
Endereço	RUA - ARCO-IRIS - 671 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR						

Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento		Procedimento Sol.		Press.
Setor	URGÊNCIA				Registrado por:
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada				FRANCILENE SILVA
Queixa Principal					

Anamnese de Enfermagem

GSC * TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Pt vinda com queixa de dor de moto. Reviu uso de colete. Suaia-se de dor e imóveis controles. Nós sendo uso consciente, dormir, vomito, náus queixas.

Exame Físico

A: N/ dor cervical na zona, VAP B: humor. Jovem hoa de náuseas. C: N/ sang. Cutânea. D: similar articulares e dolorosas. E: dor no D: dor no nariz. F: dor no nariz.

Hipótese Diagnóstica

Fratura?

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON

TC

SANGUE

URINA

ECG

OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃ

A ortopedia fiz. clínica

11/03/2019 09:28:00
Francilene Silva
Cirurgião de Clínica
Cirurgião de Clínica
Cirurgião de Clínica

Conduta

- Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revelia
 Transferência para:

- Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

Óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não

Brig. Eduardo Gómes, S/N
Destino: Família IML Anatomia Patológica

ACIDENTE 17-03-2019

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: francilene.silva
Data Hora: 11/03/2019 09:28:00

Carimbo e Assinatura do Médico
Francilene Silva
Cirurgião de Clínica
Cirurgião de Clínica
Cirurgião de Clínica



D. Joao Pedro Maran
Presto juramento que o que consta
neste ato é verdade com
Dor e impenso de que me posso
Fazer. D. Joao Pedro Maran
no Rio Janeiro (Estado) niver
Final.
D. Joao Pedro Maran
Presto juramento que o que consta
neste ato é verdade com
Dor e impenso de que me posso
Fazer. D. Joao Pedro Maran
no Rio Janeiro (Estado) niver
Final.

Joao Pedro Maran
08/12/2020



DI4-1 N1R - Enfº
Dalmene Os

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SÉRVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESSCRIÇÃO MÉDICA

HGR

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	<i>Diana Batista</i>	<i>Leidy</i>
DIAGNÓSTICO	<i>Palma</i>	<i>unica</i>
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	
4	TILATIL 20mg 12/12hs	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	
10	SSVVA CCGG 6/6 H	
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG	
12	CURATIVO DIARIO	
13	Dipirona 2g EV agora	
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORTE ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

K1/G
PA - 191 x 108 mmHg
FC - 99 bpm

Regulado para leito
Regulação Interna

DI4-1 N1R
Dalmene Os

SINAIS VITais	1	FC	
6 H	1 0	70	105x62
12 H			70
18 H	35.7°C	56	150/81
24 H	35.8°C	65	130x78

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Assinatura: *Enfermeira Junior*
Data: 07/12/2020

06h pac no leito feito medicacao com ssuu realizado
sem queixas segue aos cuidado da enf. tec. palete



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScrição MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	Dina Batista dos Santos	
AGNÓSTICO	FX de humor distento	
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	114-3
ITEM	PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5	TILATIL 20MG EV 12/12H	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENS	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITE	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
11	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H	
13	GENTAMICINA 240MG EV 1X DIA	
14	AMICACINA 1G EV 1X DIA	
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19	Aten. Medicina	
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
DU/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO :

CONDUTA : MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA :

SINAIS VITAIS		
6 H	PA	FC
12 H		
18 H		
24 H		

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

13/03/19 Paciente em bom estado geral
sem queixas, sem dor, com
máx distento imobilizado
pulso presente, com sobr
perfusão distal e pulsos cheios →





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Dia Lúcia da Silva, 69 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 11/03/17, COM
DIAGNÓSTICO DE Fr de fêmur diruto

NO DIA 11/03/17, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12/03/17, ÀS 00:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 10/04/17, ÀS 19:00, COM 0
DR. Mauro

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

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

BOA VISTA, 14/03/17

MÉDICO





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Diom Barbosa dos Santos 69 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 11/03/19, COM
DIAGNÓSTICO DE Frx de Vértebro lombosacral

NO DIA 12/03/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12/03/19, AS 9:00, EM

BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 10/04/19, AS 14:00, COM O
DR. May

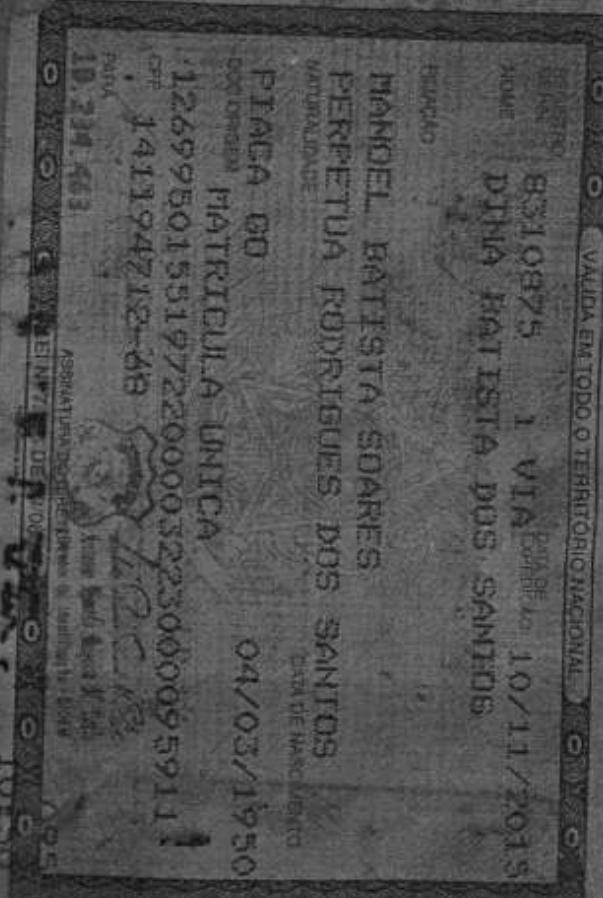
ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

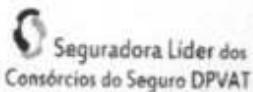
Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

BOA VISTA, 12/03/19



DETAN AR		Nº 013746649900	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
PLACA	0081159753	CHASSI	1208407764
ESPECIE	MONTEVERDE PEGO	ESPECIE	MONTEVERDE PEGO
ELYZA PRESTINA SANTOS		ELYZA PRESTINA SANTOS	
R ACC 1115 LASH		R ACC 1115 LASH	
RAIAZ DO SUL 9901651		RAIAZ DO SUL 9901651	
BOA VISTA-RR 6371604		BOA VISTA-RR 6371604	
2020/03/002-50	09/2020	2020/03/002-50	09/2020
MANUEL SOARES SALES	HOME INTERIOR	MANUEL SOARES SALES	HOME INTERIOR
ACAO ANEXA	CHASSI	ACAO ANEXA	CHASSI
908MC35007R037809	908MC35007R037809	908MC35007R037809	908MC35007R037809
PAS/IND/11LET/40D APL 1C	ESPECIE TURBO	PAS/IND/11LET/40D APL 1C	ESPECIE TURBO
HONDA/CIV 250 TURSTER	MARCA/Modelo	HONDA/CIV 250 TURSTER	MARCA/Modelo
2P/0249CC/	CATEGORIA	2P/0249CC/	CATEGORIA
	PARTICU		PARTICU
	AMARELA		AMARELA
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO X PROIB SAIR DA A			
MAZ DEIX 1º FELAO FIM RU 2016 LOTE 10 *			
		DATA	
PDA 15/07/2018 Francisco Bezerra Marques		06/07/2018	
Dinheiro/Protestante		DETAN AR	

RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056515/20

Vítima: DINA BATISTA DOS SANTOS

CPF: 141.194.712-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/03/2019

Titular do CPF: DINA BATISTA DOS SANTOS

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO : 421.026.772-49

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

DINA BATISTA DOS SANTOS : 141.194.712-68

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: 11/02/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
CPF: 421.026.772-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Dina Batista dos Santos ESTADO CIVIL: Viúva
NACIONALIDADE: Brasileira RG: 8310575
PROFISSÃO: Do lar ENDEREÇO: R: Circo Luis
CPF: 161.194.712-68 CIDADE: Boa Vista
BAIRRO: Raiz das Abelhas
CEP/C9: 316-004

VÍTIMA: _____ DATA DO SINISTRO: 11/03/2019
CPF: _____
NATUREZA: _____

OUTORGADA :

NOME: Tânia Helena Fracalossi de Melo
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO: Custodiana
Nº DO RG: 488049 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RO
DATA DE EMISSÃO: 09/07/92
Nº CPF: 421.026.772-49
ENDEREÇO: R: Antônio Augusto martins, nº 347

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Imovel, 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.

BOA VISTA
RUA
BRAZIL
PRAZ
BOA VISTA, 25 de Outubro de 2019

Dina Batista dos Santos
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056515/20

Vítima: DINA BATISTA DOS SANTOS

CPF: 141.194.712-68

Data do acidente: 11/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DINA BATISTA DOS SANTOS

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO : 421.026.772-49

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

DINA BATISTA DOS SANTOS : 141.194.712-68

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: 11/02/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
CPF: 421.026.772-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA



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, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200069490

Vítima: DINA BATISTA DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DINA BATISTA DOS SANTOS

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

Carta nº 15498988