

---

**Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200312143**

**Vítima: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO**

**Data do Acidente: 11/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200312143                      Vítima: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

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

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
-----------------------	---

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



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312143

Vítima: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

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: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001036-7

Conta: 000010007015-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200312143 **Cidade:** Caracarái **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 11/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 OMBRO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁGINAS 01, 02 E 11.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# 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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1036 7 CONTA: 7.015 7

(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 (a) nascido(a)? ☐ 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 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário responsável

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista RR 17 de Agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência N°: 8978/2020 - Registrado em: 16/08/2020 às 22h 55min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 11/11/2019 às 11h 00min

**LOCAL DO FATO**

Município: CARACARAI

Logradouro: ESTRADA KM 24

Bairro: CENTRO

Referência:

Complemento: NO MUNICIPIO DE CARACARAI

UF: RR

N°: S/N

CEP:

Tipo de local: VIA RURAL

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO (38), nascido(a) em 08/08/1981, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de NÃO INFORMADO, CPF N° 737.834.472-91, País: BRASIL, natural de CARACARAI-RR, filho(a) de CLOTILDE DE SOUZA e , endereço: ANA CECILIA M SILVA, cep: 69312-058, N°: 373, bairro: JARDIM FLORESTA, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, Telefone: (95) 99133-7375.

**OBJETOS**

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO BROS DE PLACA NAO-0463

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

AO COMPARECER À DELEGACIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA EM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, DE CODINOME DAT, A MESMA INFORMOU QUE NÃO ESTAVA EFETUADO REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL PRESENCIALMENTE, DEVIDO A PANDEMIA DO NOVO CORONA-VÍRUS. DEVIDO A ESSE FATO FAÇO-ME PRESENTE PARA RELATAR QUE:

NO DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO EU ALUIZIO INÁCIO DA SILVA FILHO ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE UM AMIGO DE NOME JOSENILSON CRUZ CARVALHO, QUE ELE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO BROS DE PLACA NAO-0463, QUE NESSE MOMENTO RETORNÁVAMOS DE UMA PESCARIA COM ALGUNS AMIGOS, NO RIO AJARANI, NO MUNICÍPIO DE CARACARAI/RR, PELA ESTRADA DO KM-24, QUE NESSA ESTRADA HAVIA UM CURVA SINUOSA Á DIRETA, QUANDO MEU AMIGO FOI FAZÊ-LA, A MOTOCICLETA DERRAPOU NO BARRO, QUE FORMOS IMPULSIONADOS PARA O BARRANCO DA ESTRADA, SENDO ARREMESSADOS DA MOTOCICLETA. QUE AMBOS SOFREAMOS FRATURAS, QUE EU SOFRI FRATURAS GRAVES EM MEU BRAÇO ESQUERDO, QUE A CLAVÍCULA ESQUERDA FOI QUEBRADA, QUE MEUS PARCEIROS QUE ESTAVA PRÓXIMO DO LOCAL, NOS LEVARAM ATÉ O HOSPITAL DE CARACARAI ONDE FIZERAM O TRATAMENTO MÉDICO.

AFIRMO QUE A PRESENTE DECLARAÇÃO QUE DEI ORIGEM TRATA-SE DE INTEIRA VERACIDADE PODENDO RESPONDER CIVIL E CRIMINALMENTE PELO PRESENTE RELATO, SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO (ART. 339 E 340 DO CPB)

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLÍCIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

RONALDO LUIZ DE SOUZA  
POLICIAL CIVIL  
MATRÍCULA: SIAFI 710354  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO  
COMUNICANTE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00023950/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 18/08/2020 09:51:03 Data/Hora Fim: 18/08/2020 09:51:03  
Origem: Polícia Judiciária Nº do Documento: 8978/2020 Data: 16/08/2020  
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade de Apuração: Núcleo de Inteligência

Data/Hora do Fato: 11/11/2019 11:00

**Local do Fato**

Município: Caracará (RR)  
Bairro: CENTRO  
Logradouro: VIA PÚBLICA  
Tipo do Local: Via Pública

Nº: KM24

**Natureza**

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

**Meio(s) Empregado(s)**

Não Houve

**ENVOLVIDO(S)****Nome Civil: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO (COMUNICANTE, VÍTIMA)**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 08/08/1981 Idade: 39

Profissão: Eletricista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Clodilde de Souza

Naturalidade: Caracará - RR

Nome do Pai: Aluizio Inacio da Silva

**Documento(s)**

CPF: 737.834.472-91

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA ANA CECILIA MOTA  
Bairro: Jardim Floresta

Nº: 373

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)****Grupo Veículo**

Descrição: MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA,  
MODELO BROS DE PLACA NAO-0463  
Placa: NAO0463

Número do Motor: KD05E5B554106

Ano/Modelo Fabricação: 2011/2011

UF Veículo: RR

Marca/Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES

Quantidade: 1,00 Unidade

Última Atualização Denatran: 06/08/2020

**Subgrupo: Motocicleta/Motoneta**

CPF/CNPJ do Proprietário: 231.235.672-49

Renavam: 00305699253

Número do Chassi: 9C2KD0550BR554106

Cor: VERMELHA

Município Veículo: Boa Vista

Veículo Adulterado?: Não

Situação: Envolvido

**Situação do Veículo**

ALIENACAO\_FIDUCIARIA\_FILE\_VEICULOS -  
RESTRICAO\_BENEFICIO\_TRIBUTARIO\_FILE\_VEIC  
ULOS

**Nome Envolvido****Envolvimentos**

Impresso por: Meire Moura da Silva

Data de Impressão: 09/09/2020 15:05:02

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023950/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Aluizio Inacio da Silva Filho	Exibidor

## RELATO/HISTÓRICO

AO COMPARECER À DELEGACIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA EM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, DE CODINOME DAT, A MESMA INFORMOU QUE NÃO ESTAVA EFETUADO REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL PRESENCIALMENTE, DEVIDO A PANDEMIA DO NOVO CORONA-VÍRUS. DEVIDO A ESSE FATO FAÇO-ME PRESENTE PARA RELATAR QUE: NO DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO EU ALUÍZIO INÁCIO DA SILVA FILHO ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE UM AMIGO DE NOME JOSENILSON CRUZ CARVALHO, QUE ELE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO BROS DE PLACA NAO-0463, QUE NESSE MOMENTO RETORNÁVAMOS DE UMA PESCARIA COM ALGUNS AMIGOS, NO RIO AJARANI, NO MUNICÍPIO DE CARACARAÍ/RR, PELA ESTRADA DO KM-24, QUE NESSA ESTRADA HAVIA UM CURVA SINUOSA À DIREITA, QUANDO MEU AMIGO FOI FAZÊ-LA, A MOTOCICLETA DERRAPOU NO BARRO, QUE FORMOS IMPULSIONADOS PARA O BARRANCO DA ESTRADA, SENDO ARREMESSADOS DA MOTOCICLETA, QUE AMBOS SOFREMOS FRATURAS, QUE EU SOFRI FRATURAS GRAVES EM MEU BRAÇO ESQUERDO, QUE A CLAVÍCULA ESQUERDA FOI QUEBRADA, QUE MEUS PARCEIROS QUE ESTAVA PRÓXIMO DO LOCAL, NOS LEVARAM ATÉ O HOSPITAL DE CARACARAÍ ONDE FIZERAM O TRATAMENTO MÉDICO, AFIRMO QUE A PRESENTE DECLARAÇÃO QUE DEI ORIGEM TRATA-SE DE INTEIRA VERACIDADE PODENDO RESPONDER CIVIL E CRIMINALMENTE PELO PRESENTE RELATO, SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO (ART. 339 E 340 DO CPB)

## ASSINATURAS

Ronaldo Luiz de Souza  
Agente de Polícia Civil Especial  
Matricula 0710354  
Responsável pelo Atendimento

Aluizio Inacio da Silva Filho  
Comunicante, Vítima

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

## AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fe, que a presente fotocópia  
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 09 de Setembro de 2020

Ronaldo Luiz de Souza

Assinatura

020816684





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00023950/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 18/08/2020 09:51:03 Data/Hora Fim: 18/08/2020 09:51:03

Origem: Polícia Judiciária Nº do Documento: 8978/2020 Data: 16/08/2020

Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade de Apuração: Núcleo de Inteligência

Data/Hora do Fato: 11/11/2019 11:00

**Local do Fato**

Município: Caracará (RR)

Bairro: CENTRO

Logradouro: VIA PÚBLICA

Tipo do Local: Via Pública

Nº: KM24

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

**ENVOLVIDO(S)**

<b>Nome Civil: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO (COMUNICANTE, VÍTIMA)</b>			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 08/08/1981	Idade: 39
Profissão: Eletricista			
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Caracará - RR	
Nome da Mãe: Clodilde de Souza		Nome do Pai: Aluizio Inacio da Silva	

**Documento(s)**

CPF: 737.834.472-91

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ANA CECILIA MOTA

Bairro: Jardim Floresta

Nº: 373

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>Descrição</b> MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO BROS DE PLACA NAO-0463	<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 231.235.672-49
<b>Placa</b> NAO0463	<b>Renavam</b> 00305699253
<b>Número do Motor</b> KD05E5B554106	<b>Número do Chassi</b> 9C2KD0550BR554106
<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2011/2011	<b>Cor</b> VERMELHA
<b>UF Veículo</b> RR	<b>Município Veículo</b> Boa Vista
<b>Marca/Modelo</b> HONDA/NXR150 BROS ES	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1,00 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido
<b>Última Atualização Denatran</b> 06/08/2020	<b>Situação do Veículo</b> ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>

# 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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1036 7 CONTA: 7.015 7

(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 (a) nascido(a)? ☐ 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 - Imprescindível: Assinatura legível da vítima ou beneficiário titular do seguro

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista, RR, 17 de Agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01036-7

CONTA: 000010007015-9

---

Nr. da Autenticação 413367D244471882

**BOA VISTA ENERGIA S.A.**  
 Av. Capitão São Carlos, 851 - Centro - Boa Vista - RR  
 CEP: 55.341-470/0001-44 / Ins. Estadual: 24.003.023-8  
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
 Regime Especial de Impostos autorizada pela DEDAJ 2008/11

Nº da Nota Fiscal 5146144

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
 pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

FCAR\*

CONSUMO 16/06/2020 227 198,40  
 ANDREIA DE OLIVEIRA NOGUEIRA  
 R. ANA CECILIA M SILVA 373 04 - JARDIM FLORESTA  
 CEP: 69.312-058 - BOA VISTA  
 CPF: 00001887915230

DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 227	Atual: 11/05/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.4
Anterior: 205	Anterior: 05/04/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dia de consumo: 02	Próxima leitura: 10/06/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 06/05/2020	Número Medidor: T081914262
Consumo medido: 227	Apresentação: 11/05/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 227		Modalidade:

CONSUMO ILLUMINACAO PUBLICA 227 A R\$ 0,753650 = 171,07  
 27,33

## OUTRAS INFORMAÇÕES:

IMPOSTOS SEM TÍTULOS:  
 R\$ 227 - 0,617770

## HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 19



## MENSAGENS IMPORTANTES

## REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a cobrança do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/05/2020. O valor pago poderá ser usado para a inclusão do nome do consumidor no SANEAP. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.  
 Mes-ano Valor R\$  
 05/2020 178,72

Declarando quitados débitos desta UC no ano de 2019 (Lei 12807/09).  
 LIGUE 08007619120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			
Energia:	55,83	Encargos:	5,30
Transmissão:	41,10	Tributos:	30,63
	0,00		
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Base de Cálculo	ALÍQUOTA	VALOR	
ICMS:	17,00%	29,00	
PIS:	0,17%	0,30	
COFINS:	0,25%	1,45	
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DEC		FIC	
Mensal	9,24	Mensal	8,46
Trimestral	18,49	Trimestral	16,92
Anual	55,49	Anual	55,84
DEND		DEND	
Mensal	4,99	Mensal	4,99
Trimestral	0,00	Trimestral	0,00
Anual	0,00	Anual	0,00

**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: 4853965

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>19-FEB-20 a 23-MAR-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>675</b>	VENCIMENTO <b>06-APR-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>

**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**

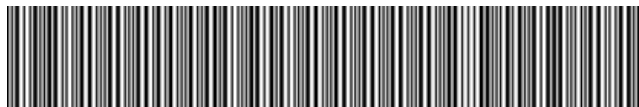
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343, 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Aluizio Mácio de S. Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 737.834.472, 91  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Aluizio Mácio de S. Filho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 737.834.472, 91 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Lauro Mota</u>	Cidade: <u>Bom Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>W.Franco 992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Bom Vista RR 17 de Agosto de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante







ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

## DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que o Sr°. **ALUIZIO INACIO DA SILVA FILO**, CPF: **73783447291** deu entrada no Pronto Socorro Francisco Elesbão (GT) no dia **11/11/2019 às 11h e 46min**, por motivo **ACIDENTE DE MOTO**, *recebeu os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento 1901185268.*

---

Boa Vista-RR, 19 de Junho de 2020.



Alto: 26/11/19

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

BLOCO A

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

Murilo Inacio da Silva F. Brito

177040

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705003296675154

8 - DATA DE NASCIMENTO

3/8/81

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Clotilde de Souza

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

95 991 331 375

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Japue, 51, Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Conceição

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

RR

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

paciente submetido a osteomielite do clavículo esquerdo.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Lesões

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

Rx + exame físico

fractura E

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteomielite clavicular E

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Vitor Montenegro Padua G.

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Vitor Montenegro Padua G.  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 11111

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

42 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

25/11/19

0408010150  
5420



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ALUIZIO INACIO DA SILVA				
AGNÓSTICA	FX CLAVICULA E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	112-2	DATA	26/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
17	SSV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO DIA  
6/11/19 A NOITE CM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTE DE COTOVELO E BRACO  
DIREITO, SEGUE SEM QUEIXAS, COM MELHORA DO ARCO DE MOVIMENTO DE  
COTOVELO DIREITO

**SINAIS VITAIS**

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

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



## ANESTESIA DE ESTADO DE SEGURANÇA ALERGICA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

ANESTESIA DE ESTADO DE SEGURANÇA

Paciente: Aluísio Soares da Silva FilhoNome: Aluísio Soares da Silva FilhoAnestesiista: D. Fabiano da SilvaSAÍDA: (Sala Pós Operatória)

PACIENTE CONHECE O

☒ Identidade☒ Sítio Cirúrgico☒ Procedimento☒ Sim ☐ Não

TESTE CIRCULATÓRIO

☒ Aplica ☒ Não se Aplica

TESTE DEPM - RCFALCO

☒ Sim ☐ Não se Aplica☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDE☒ OXÍMETRO TO DO PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: \_\_\_\_\_

HISTÓRIA DIFÍCIL DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☐ Sim, e qual parte da assistência disponível

VOLUME DE ERGA SANGÜÍNEA &gt; 500 ml

☒ Não☐ Sim, e se necessário adequado e planejamento

PAIN FÍLIDES

SSC CSM WAP

Assinatura

Hora: \_\_\_\_\_

Data: 24/01/19CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☐ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO

CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente☒ Sítio cirúrgico☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumental, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há

questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILOXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica☐ Sim,

Qual: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim☐ Não se aplica

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não☒ Sim

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica☒ Sim

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica☐ Sim ☐ Não☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica☐ Sim ☐ Não ☒ Não se AplicaAssinatura: João Lucas dos Santos  
Coordenador de Anestesiologia

Assinatura o Carimbo

112-2



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



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE: *Augusto Inácio dos Santos Filho*

DIAGNÓSTICO: *fr. clavícula E*

ALERGIAS:

IDADE:

HAS

LEITO

DM2

DATA

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANUT.
3	SF 0.9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	SN
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	8h
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SN
10	<i>Tiludil 20mg EV 12/12h</i>	<i>17-05</i>
11	<i>Clindamicina 600mg EV 6/6h</i>	<i>24-12-18</i>
12	<i>Ciprofloxacino 400mg EV 12/12h</i>	<i>20-8</i>
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
20	SSVV + CCGG 6/6 H	
21	CURATIVO DIÁRIO	

*Dr. Augusto Cavalcante*  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-PA 1984

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE.  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, LUPINEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS.

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H	<i>119x76</i>	<i>73</i>	<i>35</i>
24 H	<i>118x74</i>	<i>70</i>	<i>-</i>

MÉDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA





SERVIÇO SOCIAL - FICHA SOCIAL

Bloco: A-112-2

017

**I - DADOS DO PACIENTE:**

DESCONHECIDO: ( ) SIM (X) NÃO	ENTRADA: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u>
OBS: (COR/RAÇA, ESTATURA, VESTIMENTA...)	

**II - IDENTIFICAÇÃO**

NOME: Aluizio Márcio da Silva  
 DATA DE NASCIMENTO 08/08/1981 IDADE 38 anos  
 SEXO: ( ) FEM (X) MASC ( ) TELEFONE: \_\_\_\_\_  
 NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ NATURALIDADE Paracatu/RP  
 ENDEREÇO Rua Cecília Mata  
 Nº 372 BAIRRO Parque Floresta CIDADE Bom Cristo  
 ACOMPANHANTE NA UNIDADE Som - cuidada Alice  
 PARENTESCO: \_\_\_\_\_ CONTATO: Expos. Andressa 99120-2027  
 POSSUI DOCUMENTOS: (X) SIM ( ) NÃO nao está na Unidade  
 APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: SIM ( ) NÃO (X)  
 QUAL? \_\_\_\_\_  
 RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ( ) SIM (X) NÃO ( ) BPC ( ) APOSENTADORIA ( ) AUXÍLIO  
 DOENÇA( )  
 OUTROS: Em pedido Expor ENB.

**III - CONDUTA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:**

Aguardando cirurgia vitina de  
acidente de moto no interior Paracatu  
BR 250 Vila Frei  
Orientar benefício auxílio doença e  
movimentar documentos para dar no  
prontuário.

Rosângela Reis Rocha  
 Assistente Social  
 CRESS Nº 0141 2ª Região

ASSISTENTE SOCIAL

DATA: 25/11/19





Alto: 26/11/19

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

BLOCO A

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc

Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

11 - TELEFONE DE CONTATO

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO SILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNES DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408010150  
5420

25/11/19

u499

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**SUS** Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR2 - CNES  
231965-9  
4 - CNES  
231965-9

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO  
0017629311 - NOME DA MÃE  
CLOTILDE DE SOUZA8 - DATA DE NASCIMENTO  
08/08/19819 - SEXO  
1 - Masculino10 - RAÇA / COR  
PARDA

12.1 - ETNIA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL  
ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO12 - TELEFONE DE CONTATO  
(95) 99133-737515 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
RUA: JAPURA - 51 -14 - TELEFONE DE CONTATO  
(95) 99133-737516 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
CARACARAI17 - COD. IBGE MUNICÍPIO  
14002018 - UF  
RR

19 - CEF

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA  
CIRURGIA GERAL30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
ELETIVO31 - DOCUMENTO  
C. N. S.32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE  
98001600357830633 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE  
BRUNO FIGUEIREDO DOS SANTOS34 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
24/11/2019

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## AUTORIZAÇÃO

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

☐ CNS ☐ CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



BOLETIM OPERATÓRIO

Data 25/11/19

O.S. \_\_\_\_\_

Augusto Inácio do  
Silva F. Filho

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura de clavícula E

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: estabilização de clavícula E

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MÉDICAMENTOS E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Vitor Montenegro

1º AUXILIAR: Pedro Giovanni

2º AUXILIAR: Fernando Rizzo

INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em posição de decúbito de prona sob sedação
- 2) Pré-positiva e Antineptiva
- 3) Colocação de corpos estranhos
- 4) Incisão em região de topografia de clavícula esquerda com estruturas profundas e de fora de fratura.
- 5) Redução e fixação de fratura com o uso de fio de Kirschner + controle radiográfico.
- 6) UMC com soro fisiológico
- 7) Sutura por plano com Vinyl Nylon
- 8) Curativo
- 9) AO RPP

Dr. Augusto Inácio do  
Silva F. Filho  
Ortopedista  
CRM-RP 1904Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RP 1904



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Paralela das Américas"

# FICHA DE ANESTESIA

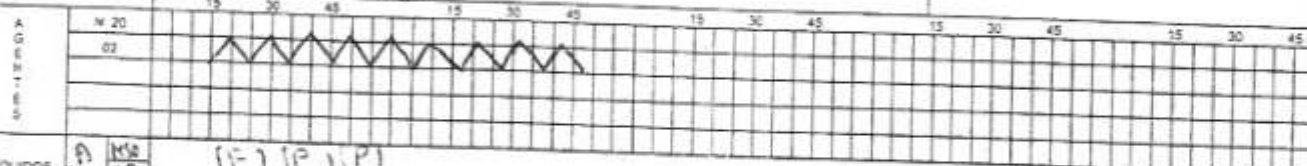
ALUIZIO LIMA DA SILVA Filho

25/11/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- midazolam 5mg (15)  
- atropina 100µg (16)

N°



LIQUIDOS VENOSOS

DA X

ULSO

ANES

OP

TEMP

ASPIR

RESP

Exant

Assist

Conte

SÍMBOLOS

AGENTES

DOSES

TÉCNICA

ANOTAÇÕES

GLICOSE

LIQUIDOS

NOÇO

SANGUE

SP O<sub>2</sub>

TOTAL

OPERAÇÃO

ANESTESIA

PERDA SANGÜEA

Alberto F. M. Herrera  
Médico Anestesiologista  
CRM 307/RR





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA		
Aluizio Indio da Silva Filho		112-2	00176293	25 / 1 / 11 / 19		
CIRURGIA						
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO				
Osteossíntese Fratura de Clavícula (E)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL		
		15:29	16:36			
EQUIPE MÉDICA						
CIRURGIÃO	Dr. Vitor Montenegro	ANESTESISTA:	Dr. Fabiano			
1º AUXILIAR	Dr. Marcos Brunner R <sub>2</sub>	RES. ANESTESIA:	Dr. Nito			
2º AUXILIAR	Dr. Fernando R <sub>2</sub>	INSTRUMENTADOR	Dr. Augusto R <sub>1</sub>			
TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio completo Braquial (E)		CIRCULANTE	Socorro e Ovando			
QUANT.		MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5			<input type="checkbox"/>	FIO VICKY Nº 0,2.0	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0			<input type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 2.0	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5			<input type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	P.1 m		<input type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº 18 de 15 cm	
<input type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 21			<input type="checkbox"/>	FIO CATGUT SIMPLES Nº 18 de 15 cm	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO Nº	elétrico		<input type="checkbox"/>	FIO CATGUT CROMADO Nº	
<input type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX Nº			<input type="checkbox"/>	FIO PROLENE Nº 30ml de álcool 70%	
<input type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº	jaleco Nº 18 e 20		<input type="checkbox"/>	FIO SEDA Nº 100ml de álcool 70%	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 01ML			<input type="checkbox"/>	SURGICEL	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 03ML			<input checked="" type="checkbox"/>	GERA P/ OSO - molesom	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML			<input type="checkbox"/>	KIT CATARATA Nº 100ml molesom	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML			<input checked="" type="checkbox"/>	GELO - gelo	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 20ML			<input type="checkbox"/>	FIO CARDIACA	
<input type="checkbox"/>	Trinca			<input type="checkbox"/>	OUTROS: 100 ml de cloroxidina 40%	
				<input type="checkbox"/>	50ml de PVP tópico	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB-TOTAL		
	Louiano e Rêda	TAXA DE SALA				
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		SOMA		
	Socorro e Ovando	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



Nome: Alvaro Junior da Silva Farias

Data de Nascimento: 08/08/81 Idade: 38 Setor/leito: 112-02

Data: 25/11/19

Termo de Consentimento Cirurgia: (    ) Sim (    ) Não

Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim ( ) Não

[illegible]

Jose Luciano dos Santos



## LISTA DE EMERGÊNCIA DE SEGURANÇA - ALERGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Aluísio de Jesus da Silva Filho  
Assinatura: [Assinatura]ANESTESIA: Dr. Fabiano R. da Silva  
Anestesiologista: [Assinatura]

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE

OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

PACIENTE: OBESIDADE☒ Identidade de☒ Sítio Cirúrgico☒ ProcedimentoConsentimento: ☒ Sim ☐ Não

TESTE DE ALERGIA

☐ Aplicar ☒ Não se aplica

TESTE DE MANTENÇÃO

☒ Sim ☐ Não se aplica☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA☒ CONCLUIR☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM

FUNÇÃO NORMAL

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: \_\_\_\_\_

A AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não☐ Sim, e qual procedimento/assistência disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA &gt; 500 ml

☒ Não☐ Sim, e qual procedimento/assistência disponível

Para fluidos

[Assinatura] CAV 10/09

Assinatura

Hora: \_\_\_\_\_

Data: 25/10/19CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☐ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente☒ Sítio cirúrgico☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumental, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas o equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFIAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica☐ Sim

Qual: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim☐ Não se aplica

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se aplica

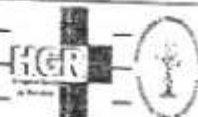
SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☐ Não☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica[Assinatura]  
José Luciano dos Santos  
COORDENADOR DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE:

DIAGNÓSTICO:

ALERGIAS:

IDADE:

HAS

DM2

LEITO

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ITEM		
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SND
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	MAN TER.
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	SN
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	SN
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	26
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SN
10	Tildil 20mg EV 12/12h	SN
11	Clopidogrel 600mg EV 6/6h	17-25
12	Cyproheptadina 400mg EV 12/12h	24-12-18
13		20-8
14		
15		
16		
17		
18		
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
20	SSVV + CCGG 6/6 H	
21	CURATIVO DIÁRIO	

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1904

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM  
QUEIXAS ALGICAS.

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	119 x 76	73		359
24 H	118 x 74	70	-	-

MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SERVICO SOCIAL - FICHA SOCIAL

Bloco: A-112-2

017.

I - DADOS DO PACIENTE:

DESCONHECIDO: ( ) SIM (X) NÃO	ENTRADA: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u>
OBS: (COR/RAÇA, ESTATURA, VESTIMENTA...)	

II- IDENTIFICAÇÃO

NOME: Aluizio Mácio da Silva  
 DATA DE NASCIMENTO 08/08/1981 IDADE 38 anos  
 SEXO: ( ) FEM (X) MASC ( ) TELEFONE:    
 NACIONALIDADE:   NATURALIDADE Caracaraí / RR  
 ENDEREÇO Rua Cecília Mata  
 Nº 372 BAIRRO Parque Floresta CIDADE Boa Vista  
 ACOMPANHANTE NA UNIDADE Sun - Cuidada Alice  
 PARENTESCO:   CONTATO: Expos. Andrea 99120-2027  
 POSSUI DOCUMENTOS: (X) SIM ( ) NÃO no está na Unidade  
 APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: SIM ( ) NÃO (X)  
 QUAL?    
 RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ( ) SIM (X) NÃO ( ) BPC ( ) APOSENTADORIA ( ) AUXÍLIO  
 DOENÇA( )  
 OUTROS: Em pedido Bupera EMB.

III- CONDUTA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

Aguardando limpeza urbana de  
acidente de moto no interior Caracaraí  
BR 250 Kila RR.  
Orientado benefício auxílio doença e  
movimentar documentos para dar no  
prontuário.

Rosângela Reis Rocha  
 Assistente Social  
 CRESS Nº 0141 2ª Região

ASSISTENTE SOCIAL

DATA: 25/11/19

112-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																														
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																														
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																														
PRESCRIÇÃO MÉDICA																														
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																											
PACIENTE ALUIZIO INACIO DA SILVA																														
AGNÓSTICO FX CLAVICULA E																														
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA																									
IDADE		LEITO	112-2	DATA	26/11/2019																									
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE																													
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO																													
3	SF 0,9% 500ML EV S/N																													
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN																													
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h																													
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN																													
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM																													
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA																													
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N																													
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H																													
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H																													
12																														
13																														
14																														
15																														
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																													
17	SSV + CCGG 6/6 H																													
18	CURATIVO DIÁRIO																													
19																														
20																														
21																														
<p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:            200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70            DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>																														
<p><b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>            #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE            #EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,            NORMOCORADO, HIDRATADO. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO DIA            6/11/19 A NOITE CM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTE DE COTOVELO E BRACO            DIREITO, SEGUE SEM QUEIXAS, COM MELHORA DO ARCO DE MOVIMENTO DE            COTOVELO DIREITO</p>																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>12 H</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18 H</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>24 H</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS					6 H	PA	FC	FR		12 H					18 H					24 H				
SINAIS VITAIS																														
6 H	PA	FC	FR																											
12 H																														
18 H																														
24 H																														
<p>DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO            MEDICO RESIDENTE            ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA            CRM -RR 2028</p>																														





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Aluizio Francisco da Silva ANOS, 78  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 25/11/19 COM  
DIAGNÓSTICO DE fx de clavícula

NO DIA 25/11/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
fratura de clavícula SENDO

OPERADO PELO DR. \_\_\_\_\_ E DR. \_\_\_\_\_

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 26/11/19 ÀS 10:00 EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 26/11/19 ÀS \_\_\_\_\_, COM O  
DR. \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_

BOA VISTA, 26/11/19

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

MÉDICO



Ailuzio Inácio da Silva Filho

18. h PA: 116x77 mmHg P: 69 T: 35.5°C



ESTADO DE RORAIMA  
TRATADO PATRIARCA DO SEPARAL E ROR

Paciente: Aluizio Inacio Da Silva Filho

Solicitação: 20142851

Número Interno: 1901185268

Sexo: Masculino

Nasc: 08/08/1981

Idade: 38 ANO

Origem: HGR

Solicitante: PABLO CARABALLO ECHEVARRENA JUNIOR CRM-RR 1908

Sector: PAAR

Leito: SALA DE COLETA

Data de Emissão: 11/11/2019 14:58

Recebimento:

### Resultado de Exame

Amostra: 2014285101

### DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0.85 mg/dL

Referência

0.7 - 1.4 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

### DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA SÉRICA (LDH)

Material: SORO

Métodologia: M13 - Cinético Uv

LDH

Resultado

413.64 U/L

Referência

200.0 - 480.0 U/L

### DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

104.13 mg/dL

Referência

60.0 - 99.0 mg/dL

### DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

30.07 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

*Monna Kelly Caledone*

Monna Kelly Caledone  
Bioquímica  
CRF-RR 368

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 180

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/11/2019 18:07

(\*) Retificado

Página 1 de 3



Hospital Geral de Roraima  
0xx95 2121 0840  
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA



ESTADO DE RORAIMA  
PATRONIA PATRIOTICA DO BRASIL

Paciente: **Aluizio Inacio Da Silva Filho** Sexo: Masculino Nasc: 08/08/1981 Idade: 38 ANO  
Solicitação: 20142851 Número Interno: 1901185268 Solicitante: PABLO CARABALLO ECHEVARRENA JUNIOR CRM-RR 1908  
Origem: HGR Setor: PAAR Leito: SALA DE COLETA  
Data de Emissão: 11/11/2019 14:58 Recebimento:

### Resultado de Exame

Amostra: 2014285102

## HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

### LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	5.84 x10 <sup>3</sup> /uL	4.0 - 10.0 x10 <sup>3</sup> /uL
NEUTRÓFILOS	59.60 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	33.90 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	4.40 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	1.60 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.50 %	0.0 - 1.0 %

### ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4.52 x10 <sup>6</sup> /uL	4.32 - 5.52 x10 <sup>6</sup> /uL
HEMOGLOBINA	15.00 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	43.00 %	40.0 - 50.0 %
VCM	95.30 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	33.30 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	34.90 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	11.70 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	47.10 fL	35.0 - 56.0 fL

### PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	205.00 x10 <sup>3</sup> /uL	150.0 - 400.0 x10 <sup>3</sup> /uL
MPV	9.40 fL	6.5 - 12.0 fL
PDW	16.40	9.0 - 17.0
PCT	0.193 %	1.08 - 2.82 %

Sergio A. L. Martins  
Bióquímico - CRF/RR 006  
006

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/11/2019 18:07

(\*) Retificado  
Página 2 de 3



Hospital Geral de Roraima  
0xx95) 2121 0840  
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3205 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA

<b>Paciente:</b> Aluizio Inacio Da Silva Filho	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nasc:</b> 08/08/1981	<b>Idade:</b> 38 ANO
<b>Solicitação:</b> 20142851	<b>Número Interno:</b> 1901185268	<b>Solicitante:</b> PABLO CARABALLO ECHEVARRENA JUNIOR CRM-RR 1908	
<b>Origem:</b> HGR	<b>Setor:</b> PAAR	<b>Leito:</b> SALA DE COLETA	
<b>Data de Emissão:</b> 11/11/2019 14:58	<b>Recebimento:</b>		

**Resultado de Exame**

Amostra: 2014285103

**TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE B (HBSAG)**

<b>Material:</b> SORO	<b>Resultado</b>	<b>Referência</b>
<b>Métodologia:</b> M24 - Imunocromatografia		
HBSAG	<b>Não Reagente</b>	<b>NÃO REAGENTE</b>

**TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C**

<b>Material:</b> SORO	<b>Resultado</b>	<b>Referência</b>
<b>Métodologia:</b> M24 - Imunocromatografia		
HCV	<b>Não Reagente</b>	<b>NÃO REAGENTE</b>

**TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV**

<b>Material:</b> SORO	<b>Resultado</b>	<b>Referência</b>
<b>Métodologia:</b> M24 - Imunocromatografia		
TESTE RÁPIDO 01	<b>Não Reagente</b>	<b>NÃO REAGENTE</b>
CONCLUSÃO FINAL	<b>AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA INFECÇÃO PELO HIV</b>	<b>AMOSTRA NÃO REAGENTE</b>

**Notas**

Este laudo técnico está em acordo com o fluxograma 01 do manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV, aprovado pela portaria nº 29 do Ministério da Saúde de 2013.

Os ensaios para o diagnóstico da infecção pelo HIV realizados pelo Núcleo de Laboratório são conduzidos usando os Kits Bioclin Tri-Line, lote 039 como TR 01 e o Kit Bio-Manguinhos TR-DPP do lote 178SI009Z como TR 02.

O diagnóstico **NÃO REAGENTE** para infecção pelo HIV no primeiro ensaio não descarta a possibilidade da infecção, devendo ser repetido após 30 dias na persistência da suspeita da infecção pelo HIV.

Resultados conclusivos de infecção pelo HIV em testes rápidos devem ser confirmados por meio da amplificação do RNA viral no exame de CARGA VIRAL da amostra do paciente.

Resultados **REAGENTES** para infecção pelo HIV no TR 01 e **NÃO REAGENTE** no TR2 não podem ser definidos pelo esquema diagnóstico empregado, devendo ser expressa Conclusão Diagnóstica como **INCONCLUSIVO** para infecção pelo HIV.

Quando a indeterminação do diagnóstico for atestada pelo esquema do fluxograma 01, sugerimos nova solicitação para submissão ao FLUXOGRAMA 03 (SOROLOGIA PARA HIV).

Não existe testes laboratoriais para diagnóstico de infecção pelo HIV que apresentem 100% de sensibilidade e especificidade, sendo plenamente plausível resultados falso Negativo, Falso positivo e Indeterminado ou Discrepantes na prática diária laboratorial.

*Mônica Kelly*

Monna Kelly Celedone  
Bioquímica  
CRF-RR 368

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/11/2019 18:07

(\*) Retificado  
Página 1 de 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



*William Gonçalves Franco*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

239717

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

**WILLIAM GONÇALVES FRANCO**

FILIAÇÃO

**GERALDO ROCHA FRANCO**

**MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO**

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

**SANTA INÊS - MA**

**09/12/1978**

DOC. ORDEM

**CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35**

**2 OF BOA VISTA - RR**

**825.396.343-20**

**AMADEU ROCHA TRIANI**

**2 VIA**

*Partido Político Brasileiro do Partido Civil*  
Diretor de Ident.

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



*Aluizio Inácio da Silva Filho*

ASSINATURA TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
DE PAI 232855

DATA DE  
EXPIRAÇÃO 12/02/2020

NOVA  
ALUIZIO INÁCIO DA SILVA FILHO

RELACION  
ALUIZIO INÁCIO DA SILVA  
CLOTILDE DE SOUZA  
NATURALIDADE  
CARACARAI - RR

DATA DE NASCIMENTO  
08/08/1981

DOC. ORIGINAL  
CERTD NASC 6077 FLS 156 LIV A-15  
1º OF CARACARAI-RR

PIS/PASEP:

AMADEU ROCHA TRIANI  
Secretário de Polícia

(CPF) 737.834.472-91  
2ª VIA

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245273/20

**Vítima:** ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

**CPF:** 737.834.472-91

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 11/11/2019

**Titular do CPF:** ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

### ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO : 737.834.472-91

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](http://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: 31/08/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE :

NOME: Aluizio Inácio da Silva Filho  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: autônomo RG: 232855  
CPF: 737.834.472-91 ENDEREÇO: R. Ana Lúcia  
BAIRRO: Jardim Floresta CIDADE: Boca Vista  
CEP: 69.312-058  
VÍTIMA: Aluizio Inácio da Silva Filho  
CPF: 737.834.472-91 DATA DO ACIDENTE: 03.11.19  
NATUREZA: ☐ DMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

### OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: autônomo  
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16  
Nº CPF: 825.396.343-00  
ENDEREÇO: Rua CC 11 894 Laura Moreira

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalido a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, 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.

Bomvistos 21 de Maio de 20 20

Aluizio Inácio da Silva Filho  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245273/20

**Vítima:** ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

**CPF:** 737.834.472-91

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 11/11/2019

**Titular do CPF:** ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

### ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO : 737.834.472-91

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](http://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: 31/08/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO