

**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: 2947159320210107105144****Processo 0831337-30.2020.8.23.0010**  - (29 dia(s) em tramitação)**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 9597 - Seguro**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
<b>Realces</b> 					
<b>Realçar Movimentos de:</b> <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 <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b> 					
<b>Movimentado Por:</b> <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 <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6					
500 por pág.  1					
Seq.	Data	Evento	<b>Movimentado Por</b>		
<input type="checkbox"/>	6 07/01/2021 10:51:44	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		
		6.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2775457CONTESTACAO01.pdf	Público
		6.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2775457CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
5	08/12/2020 15:46:53	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ		
4	08/12/2020 15:46:53	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ		
3	08/12/2020 15:46:53	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	08/12/2020 15:46:53	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/>	1 08/12/2020 15:46:52	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Thiago Amorim Dos Santos <b>Advogado</b>		



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Agosto de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200283949**

**Vítima: HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA**

**Data do Acidente: 20/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), SEBASTIAO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA**

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

Carta nº 16020459



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 14 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200283949**

**Vítima: HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA**

**Data do Acidente: 20/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA**

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

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	---

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200283949** **Vítima: HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA**

**Data do Acidente: 20/04/2020** **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SEBASTIAO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA**

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: SEBASTIAO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 341**

**Agência: 000006953**

**Conta: 0000029239-5**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Indicar(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MPT

2 - Número do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

043.833.612-77

4 - Nome completo da vítima:

Hugo Eduardo Silva Siqueira

5 - ISRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPENSO

6 - Endereço:

estudante

7 - Endereço:

Hugo Eduardo Silva Siqueira

R. dos Tatus

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

715

15 - Telefone:

69.314-318

(95) 98404-5368

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

8 - Nome do Representante Legal:

Sebastião Eduardo da Silva Siqueira

9 - CPF do Representante Legal:

644.691.312-53

10 - Profissão do Representante Legal:

Mecânico

11 - RENDA MENSAL DA TITULAR DA CONTA:

RENDA MENSAL DA TITULAR DA CONTA:

INSCRIÇÃO

RENDA MENSAL DA TITULAR DA CONTA:

RENDA MENSAL DA TITULAR DA CONTA:

RENDA MENSAL DA TITULAR DA CONTA:

APROVAÇÃO

12 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

CONTA POUPANÇA (Somente para fins bancários, abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)

Banco do Brasil (001)

Itaú (341)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

13 - Agência:

14 - Conta:

AGÊNCIA: 6953

15 - Conta:

29239

5

16 - Informar o dígito se existir

17 - Informar o dígito se existir

18 - Informar o dígito se existir

19 - Informar o dígito se existir

20 - Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularização, o valor da indenização referente ao acidente, que é meu, e que o seu beneficiário é dardo, desde já e sempre após a efetivação do seu pagamento total ao valor referido.

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

Declaro, estou ciente de que, caso seja impossibilitado de apresentar a declaração de "Ausência de IML" (Indevidamente) no prazo de 10 (dez) dias, a Seguradora LIDER pagará 100% da indenização.

\* 1 - Seu IML que atende a região do acidente ou da minha residência ou

\* 2 - Residuo, atende a região da residência ou do acidente ou da minha residência não realiza perigo para fins do Seguro DPVAT

\* 3 - IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perigo em prazo superior a 90 (noventa) dias do perigo

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

21 - Único(a) beneficiário(a) da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Se a vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

26 - Se a vítima deixou filhos, informar:

Sim

Não

Vivos

Falecidos

32 - Se tinha irmãos, informar o nome:

Sim

Não

Vivos

Falecidos

27 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome:

28 - Se a vítima deixou pais, informar o nome:

29 - Se a vítima deixou filhos, informar:

30 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome:

31 - Se a vítima deixou pais, informar o nome:

32 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome:

33 - Se a vítima deixou pais, informar o nome:

34 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome:

35 - Nome:

36 - Nome:

37 - Nome:

38 - Nome:

39 - Nome:

40 - Nome:

41 - Nome:

42 - Nome:

43 - Nome:

44 - Nome:

45 - Nome:

46 - Nome:

47 - Nome:

48 - Nome:

49 - Nome:

50 - Nome:

51 - Nome:

52 - Nome:

53 - Nome:

54 - Nome:

55 - Nome:

56 - Nome:

57 - Nome:

58 - Nome:

59 - Nome:

60 - Nome:

61 - Nome:

62 - Nome:

63 - Nome:

64 - Nome:

65 - Nome:

66 - Nome:

67 - Nome:

68 - Nome:

69 - Nome:

70 - Nome:

71 - Nome:

72 - Nome:

73 - Nome:

74 - Nome:

75 - Nome:

76 - Nome:

77 - Nome:

78 - Nome:

79 - Nome:

80 - Nome:

81 - Nome:

82 - Nome:

83 - Nome:

84 - Nome:

85 - Nome:

86 - Nome:

87 - Nome:

88 - Nome:

89 - Nome:

90 - Nome:

91 - Nome:

92 - Nome:

93 - Nome:

94 - Nome:

95 - Nome:

96 - Nome:

97 - Nome:

98 - Nome:

99 - Nome:

100 - Nome:

101 - Nome:

102 - Nome:

103 - Nome:

104 - Nome:

105 - Nome:

106 - Nome:

107 - Nome:

108 - Nome:

109 - Nome:

110 - Nome:

111 - Nome:

112 - Nome:

113 - Nome:

114 - Nome:

115 - Nome:

116 - Nome:

117 - Nome:

118 - Nome:

119 - Nome:

120 - Nome:

121 - Nome:

122 - Nome:

123 - Nome:

124 - Nome:

125 - Nome:

126 - Nome:

127 - Nome:

128 - Nome:

129 - Nome:

130 - Nome:

131 - Nome:

132 - Nome:

133 - Nome:

134 - Nome:

135 - Nome:

136 - Nome:

137 - Nome:

138 - Nome:

139 - Nome:

140 - Nome:

141 - Nome:

142 - Nome:

143 - Nome:

144 - Nome:

145 - Nome:

146 - Nome:

147 - Nome:

148 - Nome:

149 - Nome:

150 - Nome:

151 - Nome:

152 - Nome:

153 - Nome:

154 - Nome:

155 - Nome:

156 - Nome:

157 - Nome:

158 - Nome:

159 - Nome:

160 - Nome:

161 - Nome:

162 - Nome:

163 - Nome:

164 - Nome:

165 - Nome:

166 - Nome:

167 - Nome:

168 - Nome:

169 - Nome:

170 - Nome:

171 - Nome:

172 - Nome:

173 - Nome:

174 - Nome:

175 - Nome:

176 - Nome:

177 - Nome:

178 - Nome:

179 - Nome:

180 - Nome:

181 - Nome:

182 - Nome:

183 - Nome:

184 - Nome:

185 - Nome:

186 - Nome:

187 - Nome:

188 - Nome:

189 - Nome:

190 - Nome:

191 - Nome:

192 - Nome:

193 - Nome:

194 - Nome:

195 - Nome:

196 - Nome:

197 - Nome:

198 - Nome:

199 - Nome:

200 - Nome:

</div



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA 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 Nº: 7533/2020 - Registrado em: 27/07/2020 às 13h 57min

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

Data/hora do Fato: 20/04/2020 às 19h 11min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: PADRE ANCHIETA

Nº: S/N

CEP: 69314-318

Bairro: CAMBARÁ

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

SEBASTIÃO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA(40), nascido(a) em 10/05/1980, sexo MASCULINO, casado(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 644.691.312-53, País: BRASIL, natural de MANAUS-AM, filho(a) de JOANA DA SILVA FIGUEIRA e RAIMUNDO EDIL FIGUEIRA, endereço: AL DOS TATUS, cep: 69314-318, Nº: 715, bairro: DOUTOR SILVIO LEITE, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99171-3033.

**OBJETOS**

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	A POLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO-DPVAT

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O COMUNICANTE INFORMA A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: O COMUNICANTE INFORMA QUE SEU FILHO HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA MENOR TRAFEGAVA COMO PASSAGEIRO DE UMA CG/TITAN COR: AZUL CHASSI: 9C20C250VVR134048 PLACA NAJ6515, DE PROPRIEDADE ISAIAS MORAIS MENDONÇA CPF: 758.952.502-20 NO ENDEREÇO ACIMA CONDUZIDA POR SEU IRMÃO RUDNEI QUANDO UMA HILLUX INVADIU A PREFERENCIAL REPENTINAMENTE, O COMUNICANTE INFORMA QUE NÃO DEU TEMPO DE FREAR, OCORRENDO A SIM A COLISÃO. O MESMO INFORMA QUE O MOTORISTA DA HILLUX FUGIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO PARA VITIMA. O MESMO INFORMA QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS ATÉ O HOSPITAL SANTO ANTÔNIO COM FRATURA NA PERNAS ESQUERDA. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLICIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

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

*Sebastião Eduardo da S. Figueira.*  
SEBASTIÃO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA  
COMUNICANTE



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Indicar(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MPT

2 - Endereço ou ASL:

3 - CPF da vítima:

043.833.612-77

4 - Nome completo da vítima:

Hugo Eduardo Silva Siqueira

5 - FRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. N° 04/2010

6 - Endereço:

Hugo Eduardo Silva Siqueira  
estudante

Al. dos Tatus  
12 - Cidade:

Boa Vista

7 - CPF:

043.833.612-77

8 - FAIXA DE RENDA:

715

9 - Estado:

RR

10 - CEP:

69.314-318

11 - Telefone:

(95) 98404-5368

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

12 - Endereço do Representante Legal:

Sebastião Eduardo da Silva Siqueira

13 - Endereço do Representante Legal:

644.691.312-53

14 - Profissão do Representante Legal:

Mecânico

15 - RENDA MENSAL DA TITULAR DA CONTA (informar o valor da renda mensal da vítima beneficiária, se for menor que o do representante legal) (ANEXAR CÓPIA):

16 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RENDA MENSAL DA CONTA:

RENDA MENSAL DA CONTA:

400,00 - R\$ 400,00

RENDA MENSAL DA CONTA:

500,00 - R\$ 500,00

ALIMENTAÇÃO DA CONTA:

17 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

CONTA POUPANÇA (Somente para fins bancários, abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: Itaú

18 - Agência:

19 - Conta:

AGÊNCIA: 6953

20 - Conta:

29239 5

21 - Informar o dígito se existir

22 - Informar o dígito se existir

23 - Informar o dígito se existir

24 - Informar o dígito se existir

Autentico que sou a titular da conta bancária informada, se minha titularidade é o valor da indenização é referente a mim.

Autentico que sou a titular da conta bancária informada, se minha titularidade é o valor da indenização é referente a mim.

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

Declaro, estou ciente de que, caso seja impossibilitado de apresentar laudo de óbito, a indenização é de 100% (cem por cento) do valor da indenização.

\* 1 - Se a MÍ que atende a região do acidente ou da minha residência ou

\* 2 - Residuo, atende a região da residência ou do meu acidente para fins do Seguro DPVAT) ou

\* 3 - MÍ que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias em prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Único(a) beneficiário(a):

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

26 - Data do óbito da vítima:

27 - Se a vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

28 - Se a vítima deixou companheiro(a): informar o nome:

29 - Se tinha filhos, informar:

Sim

Não

30 - Vítima faleceu:

Sim

Não

31 - Vítima:

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Sim

Não

33 - Vítima:

Vivos

Falecidos

34 - Vítima:

Vivos

Falecidos

35 - Nome:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

1º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO CIVIL, TÍTULOS E DOCUMENTOS  
PESSOAS JURÍDICAS E PROTESTOS DE TÍTULOS

Tabelião: Deusdete Coelho Filho

Substitutos: Rita de Cássia Mello Coelho

Maria de Jesus de Souza Rocha

Aurea Virginia Mello Coelho

Escrevente: Nadia Socorro Pinho Oliveira

Av. Ville Roy, 5623 - Centro - CEP: 69.301-001 - Tel: (95) 3224-3327 - Fax: (95) 3623-1145 - CNPJ: 84.050.038/0001-69

E-mail: tabdeus1@hotmail.com

Boa Vista - Roraima

## CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Livro A-315

Folha 213

Termo: 144016

Certifico que no livro, folhas e termo acima do Assento de Nascimento deste 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais da Comarca de Boa Vista, consta registrado o assento de:

**\*\*HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA\*\***

do sexo **masculino**, nascido às 22:53 horas, do dia 29 de abril de 2008 (29/04/2008), no Hospital Materno Infantil Nossa Sra. de Nazareth, localizado na Rua: Presidente Costa e Silva, nº 1100, São Francisco, Boa Vista-RR.

Filho de **SEBASTIÃO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA** e de **ROSANGELA SILVA DE AQUINO**.

Avós paternos: **RAIMUNDO EDIL FIGUEIRA**  
**JOANA DA SILVA FIGUEIRA**

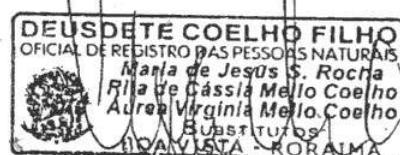
Avós maternos: **JOSÉ BATISTA DE AQUINO**  
**COSMA MAGALHÃES DA SILVA**

Registro feito dia 08 de maio de 2008.

Observação: declarante o pai.

O referido é verdade e dou fé. Boa Vista, Capital de Roraima, 08 de maio de 2008. Nádia Socorro Pinho Oliveira, Escrevente Autorizada, digitei. Eu, Deusdete Coelho Filho, Oficial de Registro Civil que a fiz digitar, assino em público e raso.

Isento de custas  
nos termos da Lei  
9.534/97.  
Qualquer rasura ou  
emenda tornará  
inválida a presente  
certidão.



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**043.833.612-77**

Nome  
**HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA**

Nascimento

# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: SEBASTIAO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000029239-5

---

Autenticação:

B578A5F23D784C9E7E7C625E3678ECA0FA459D1A544A13C0A38D7C153B66BEE5

**RORAIMA ENERGIA**

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO **0164314-2**

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL 5341759 FCAM\*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2020	01/07/2020	535	404,05

JANAINA DA SILVA FIGUEIRE  
AL DOS TATUS 715 - DR. SILVIO LEITE  
CEP: 69.314-318 - BOA VISTA

CPF: 00082928878220

DADOS DA LEITURA						
Atual:	09/06/2020	Anterior:	08/05/2020	Próxima leitura:	09/07/2020	
Emissão:	08/06/2020	Apresentação:	09/06/2020	Dias de consumo:	32	
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligaçāo	Número Medidor	Faturamento	Modalidade	
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	TDB1909888	NORMAL	CONVENC	

DADOS DA LEITURA (kWh)						
	KWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	KWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	KWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.
Leit. Atual	2872					
Leit. Anterior	2337					
Constante	1.000					
Resíduo						
Medido	535					
Faturado:	535					

DESCRIÇÃO DA CONTA						
CONSUMO	535 A R\$ 0,755234 = 404,05					

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDICAO												
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 535 - 0,617770		DUN/19	DUL/19	AGO/19	SET/19	OUT/19	NOV/19	DEZ/19	JAN/20	FEV/20	MAR/20	ABR/20	MAY/20	JUN/20
Média 12 meses:														
		523	356	356	451	415	436	535						

**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 24/06/2020, em função das contas reavissadas neste fatura. É nos atendentes Poderá ensejar, também a inclusão do nome do consumidor na SORCA. Informamos ainda existir(em) contas vencida(s) e/ou reavissada(s) no valor de R\$ 324,15 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano	Valor R\$
05/2020	324,15

LIGUE 08007019120 E FAÇA OFCIO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		INDICADORES DE CONTINUIDADE		
Energia:	96,86	DIC	Mensal	Trimestral
Distribuição:	0,00	9,24	18,49	36,99
Transmissão:	12,52	Limite	0,00	
Encargos:		Realizado		
Perdas:				

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Base de Cálculo:	404,05

DD99, CA75, ES8D, 4CU1, 7153, 9ICA, D081, 79DA

DIC: Mensal Trimestral Anual  
FIC: Mensal Trimestral Anual  
DMIC: Mensal DICR: Mensal

Via de Pagamento para o mês/ano 05/2020 referente a UC 1089170

04/05/2020



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: 5263295

ILOR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

### 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

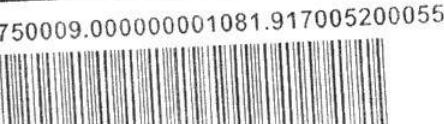
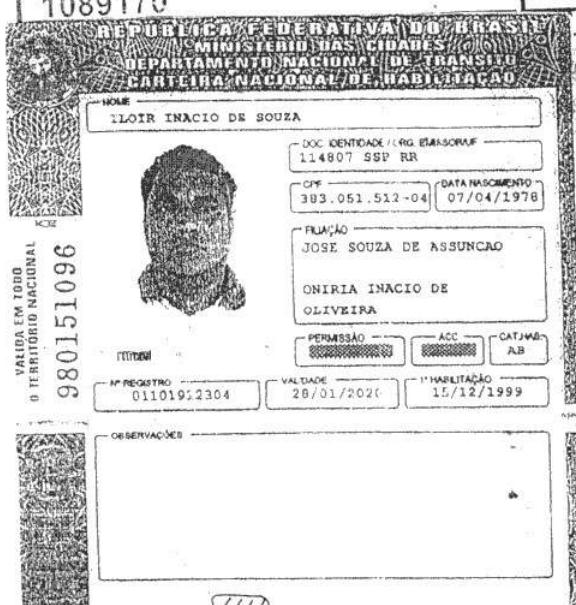
### RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------



STÍFICAR  
1096

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA  
DATA DE EMISSÃO  
30/01/2015

92485240616

Min



## 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<sup>1</sup> 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Hugo Eduardo de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 333.051.512-104, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Hugo Eduardo Souza Figueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.833.612-77,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Hugo Eduardo Souza Figueira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.833.612-177, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

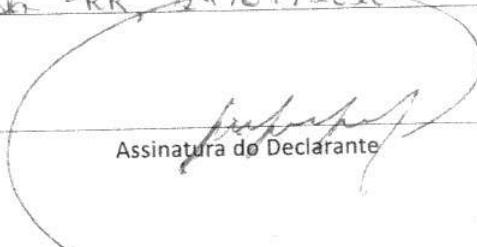
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

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 Antônio P. Calvac</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Brumado</u>	Cidade:	<u>Bonito</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail:	<u>ENFERRRRA.NETMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>(65) 98404-5368</u>

Local e Data: Bonito - RR, 24/07/2020

  
Assinatura do Declarante

67260

Prefeitura Municipal de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA  
Hospital da Criança Santo Antônio



## PRONTUÁRIO

# 67260

Cartão do SUS:	702100732047498	Data Nascimento:	29/04/2008
Nome:	HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA		
Mãe:	ROSANGELA SILVA DE AQUINO		
Sexo:	M		





**Ficha de Atendimento  
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA  
Cor Classificação: VERMELHO**

Senha: UE0073

Data de Emissão: 20/04/2020 21:13

Usuário do Cad.: MARIA.SANTANA



*Novo  
cen  
cint*

**DADOS DO PACIENTE**

Prontuário: 67260 Data Nascimento: 29/04/2008

Idade: 11 Anos / 11 Meses / 22 Dias

Nome do Paciente: HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

Sexo: MASCULINO

Endereço: VILA JARDIM BL 2 AP 304 COND ACAI

Naturalidade: BOA VISTA

Bairro: CIDADE SATELITE

Número: 0

CEP: 69309000

Nacionalidade: BRASILEIRO (A)

Cidade: BOA VISTA

Nome da Mãe: ROSANGELA SILVA DE AQUINO

Telefone: 991775837

CNS: 702100732047498

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

Responsável: ROSANGELA SILVA DE AQUINO

Parentesco: MAE

Fone: 991775837

Identidade:

CPF:

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Atendimento: 265575 Data Atendimento: 20/04/2020 21:10:50 Data Classificação: 20/04/2020 21:10

Origem: RECEPÇÃO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Tipo: UE || URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Local de Procedência: DOMICILIO

Queixa Principal: ENTRADA PELO TRAUMA

Observação:

Peso: 0 KG Temp.: 0 Usuário triagem: CASSIA FORTALEZA DE SOUSA O

**ANAMNESE/ HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

VITIM: ACIDENTE CARRO X MOTO  
TRANSPORTADO PELA SAMU, com IMOBILIZAÇÃO  
CÂS CERVICAL  
Glasgow 15.  
Fratura Perna (E) ? - curativo occlusivo  
com SANGUE  
ext: PPI 3"  
co. R. LA CARRAS / tarsal

**EXAMES SOLICITADOS:**

Rx

Hematocrito

**CONDUTA:**

AV. ONTOSE EST.

*mr. Cleiton Carvalho  
pediatra  
1998*



Prefeitura Municipal de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA  
Hospital da Criança Santo Antônio

## PRONTUÁRIO

# 67260

Cartão do SUS:

Data Nascimento:

Sexo:

Nome:

Mãe:



Rx crnzi: aula norma

col. anatoma: NDN

MJ6: fratura = tibia 

Co. agudos ontogen.

Dr. Cleiton Carvalho  
Pediatra  
CRM-RR 606



**Ficha de Atendimento**  
**URGENCIA/EMERGENCIA**  
**Cor Classificação: VERMELHO**  
Senha: UE0073

Data de Emissão: 20/04/2020 21:13  
Usuário do Cad.: MARIA.SANTANA



*nume  
cert  
ext*

#### DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 67260 Data Nascimento: 29/04/2008

Idade: 11 Anos / 11 Meses / 22 Dias

Nome do Paciente: HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

Sexo: MASCULINO

Endereço: VILA JARDIM BL 2 AP 304 COND ACAI

Naturalidade: BOA VISTA

Bairro: CIDADE SATELITE

CEP: 69309000

Nacionalidade: BRASILEIRO (A)

Nome da Mãe: ROSANGELA SILVA DE AQUINO

#### DADOS DO RESPONSÁVEL

Responsável: ROSANGELA SILVA DE AQUINO

Parentesco: MAE

Fone: 991775837

Identidade:

CPF:

#### DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 265575 Data Atendimento: 20/04/2020 21:10:50 Data Classificação: 20/04/2020 21:10

Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA

Tipo: UE || URGENCIA E EMERGENCIA

Local de Procedência: DOMICILIO

Queixa Principal: ENTRADA PELO TRAUMA

Observação:

Peso: 0 KG Temp.: 0 Usuário triagem: CASSIA FORTALEZA DE SOUSA O

#### ANAMNESE/HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Vítima: ACIDENTE CARRO X MOTO  
Transportado pelo SAMU, com IMOBILIZAÇÃO CERVICAL  
Glasgow 15.  
Fratura Perna ( ) - curativo OFUSCADO  
com SANGUE  
Ext. PPI 3<sup>o</sup>  
CO. RL. LA CAVO / TASMAC

#### EXAMES SOLICITADOS:

Rx

Hematocrito

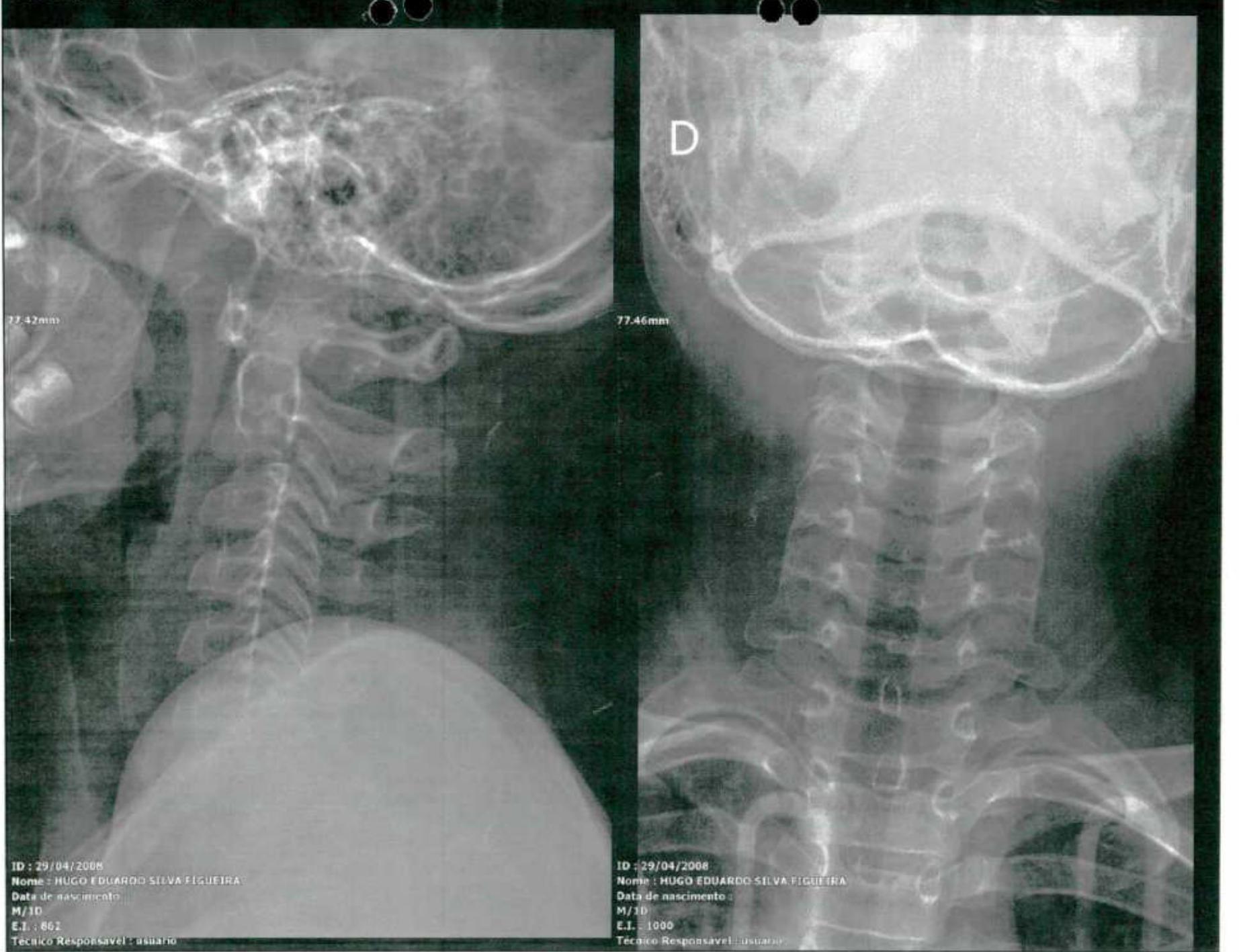
#### CONDUTA:

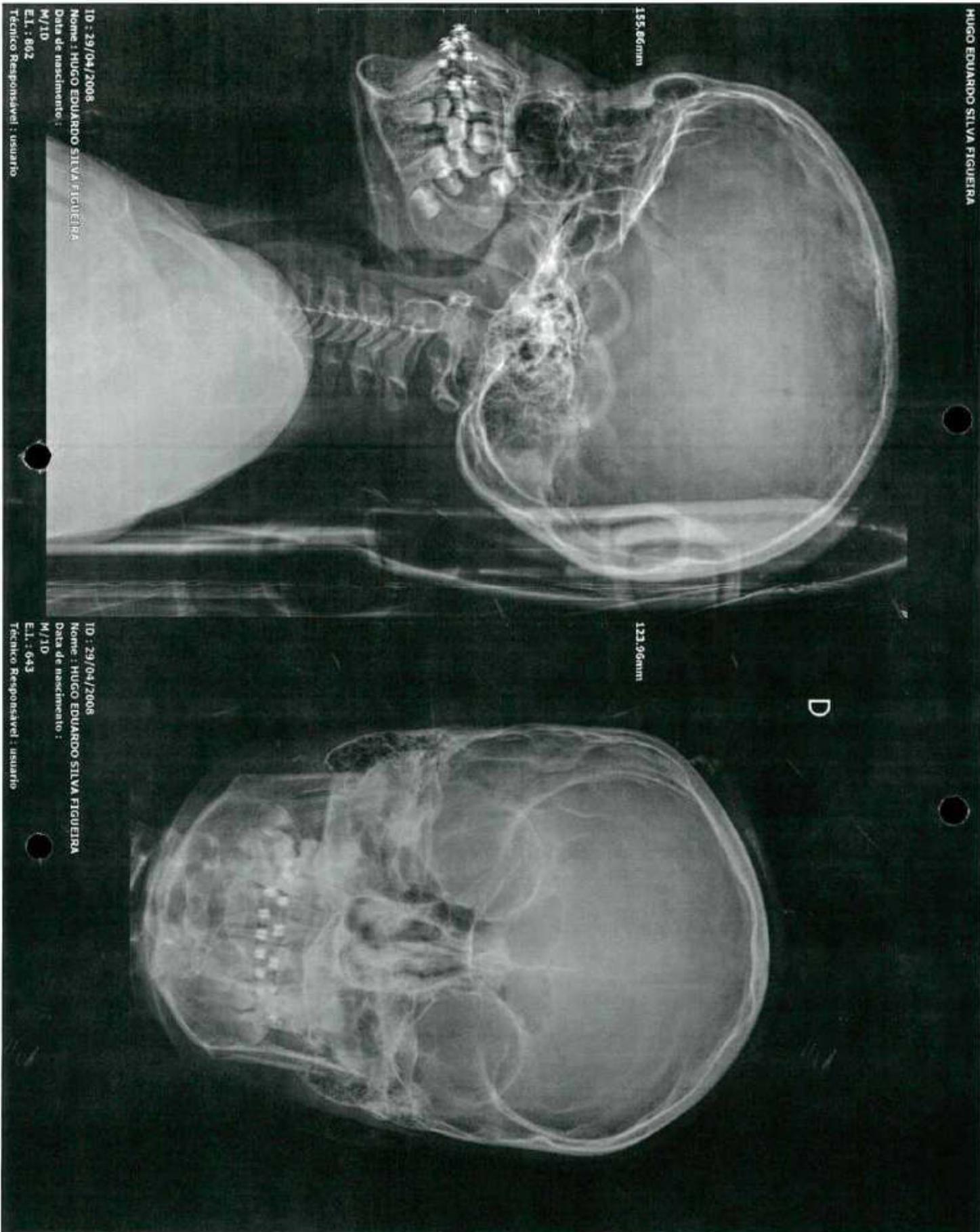
AV. ORTOSEPSIS

Assinatura e Carimbo do Médico

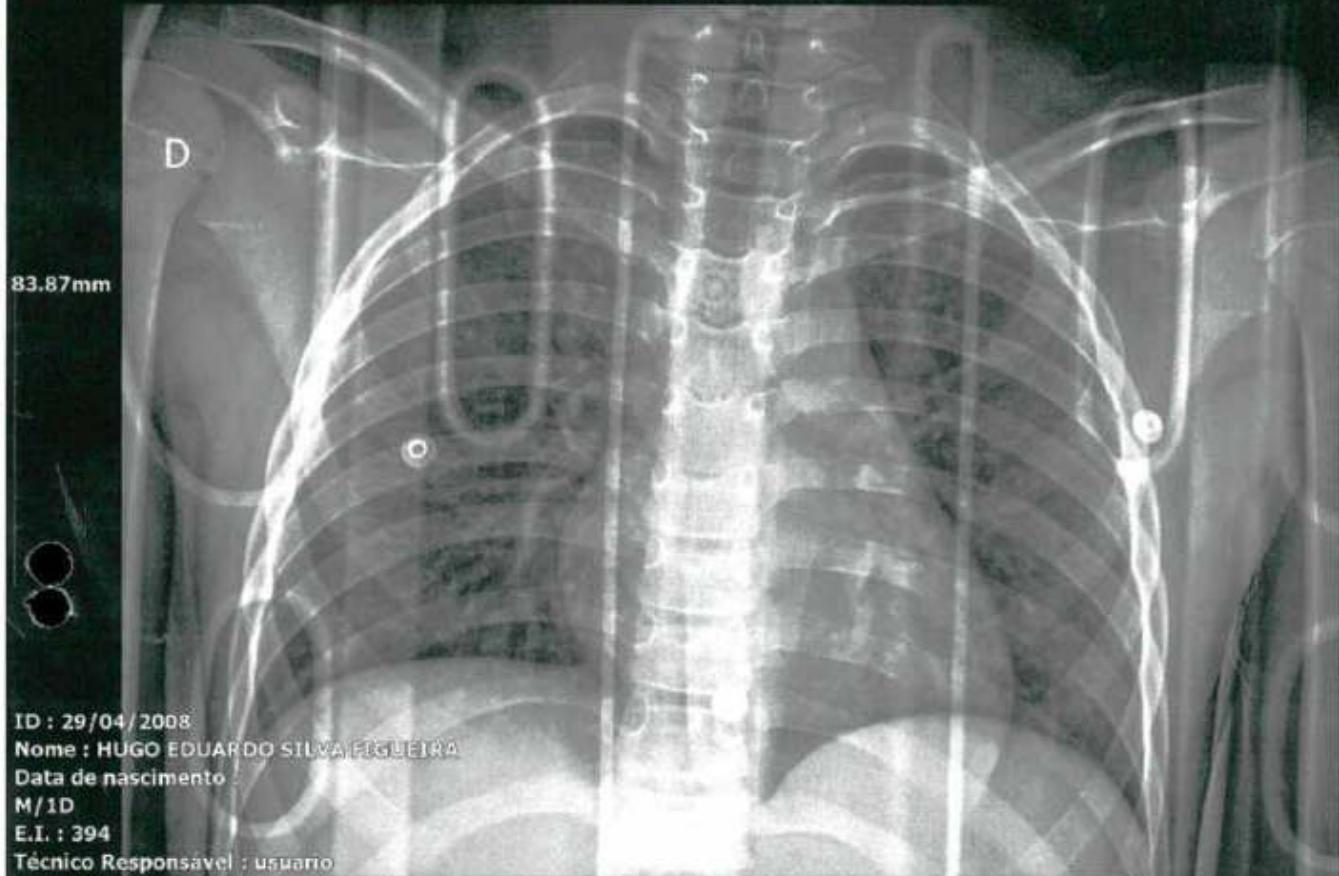
Assinatura do Paciente/Responsável

*Dr. Cleiton Carvalho  
Pediatra  
CRM-R 696*

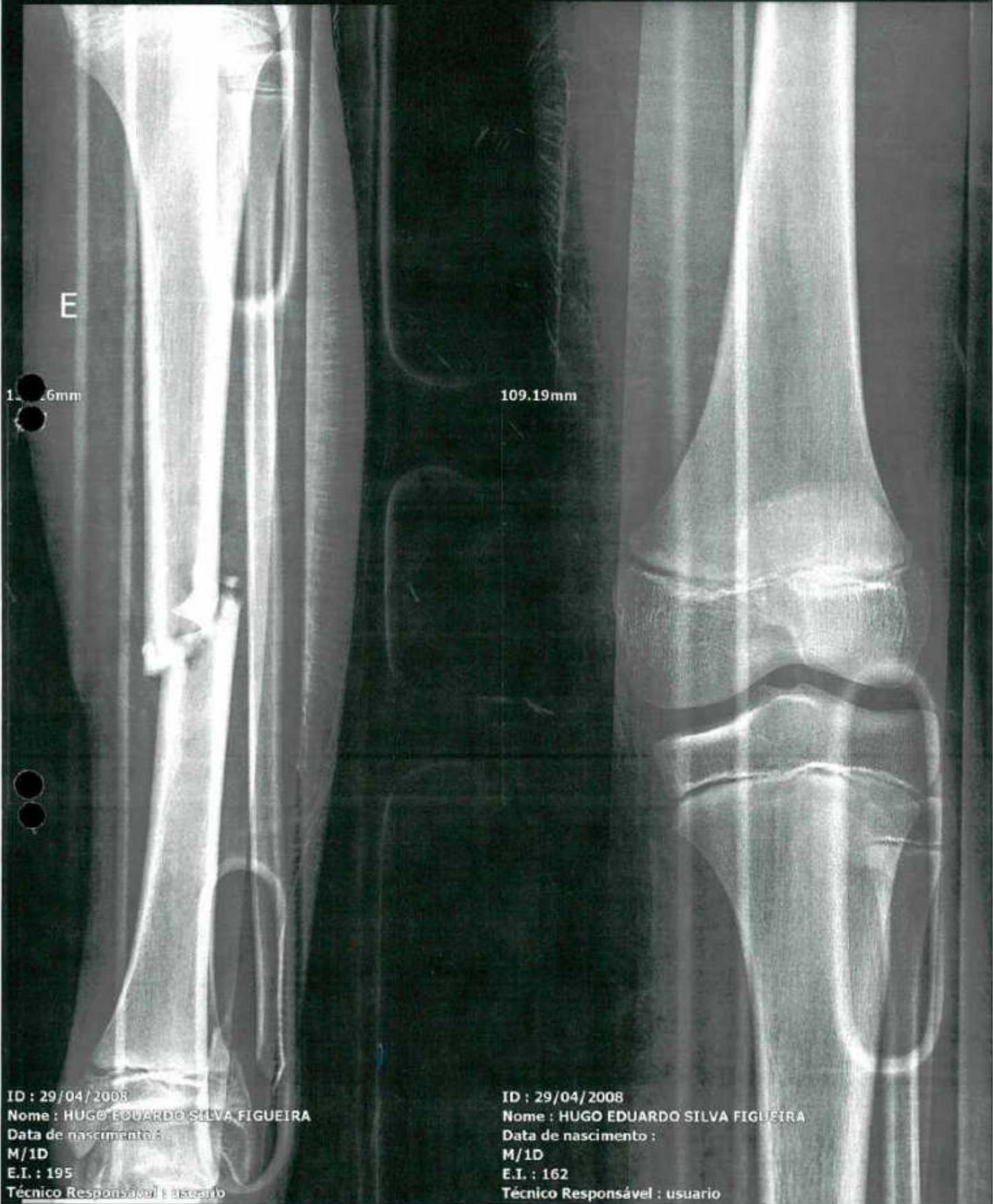




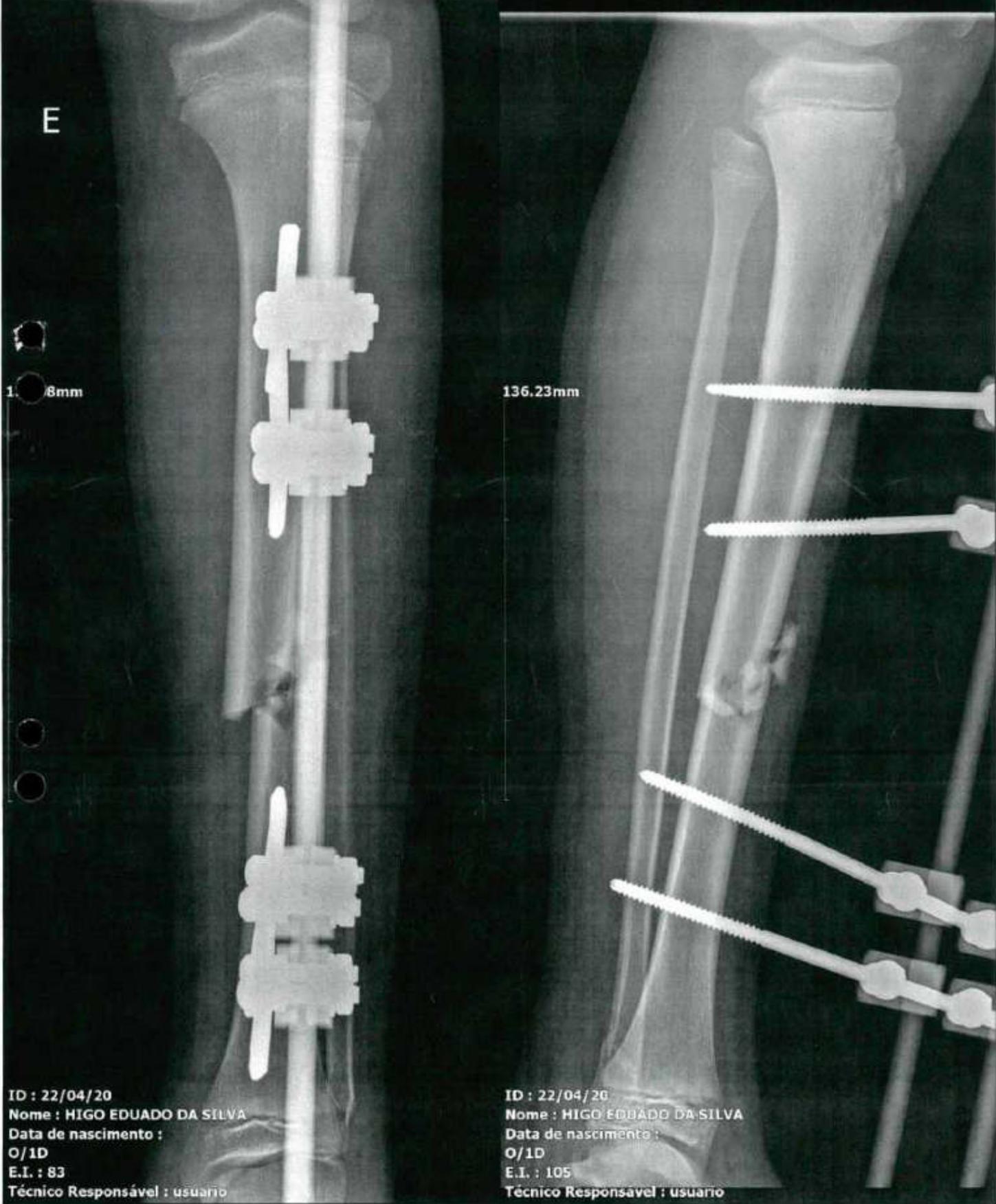
**HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA**



HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA



HIGO EDUADO DA SILVA





*Prefeitura Municipal de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital da Criança Santo Antônio  
Laboratório de Análises Clínicas*  
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"



Paciente: **Hugo Eduardo Silva**

Solicitação: 30075475 Número Interno:

Origem: HCSA

Data de Emissão: 20/04/2020 21:48

Sexo: Masculino

Nasc: 29/04/2008

Idade: 11 ANO

Solicitante: CLEWTON CARLVALHO DE OLIVEIRA CRM-RR 698

Setor: TRAUMA

Leito: LEITO 02

Recebimento:

#### Resultado de Exame

Amostra: 3007547503

#### COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Metodologia: M31 - Indeterminada

Resultado

Referência

TEMPO DE PROTROMBINA

15.6 seg

10.0 - 14.0 seg

RNI

1.24

0.8 - 1.2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

44.0 seg

25.0 - 39.0 seg

#### Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

Dra. Laura Cardoso  
Farmacêutica - Bioquímica  
CRF - RR 012

Responsável Técnico: Wallace Bruno Ferreira Garcia - Responsável Técnico - CRF - RR 211

Obs: Liberação do resultado mediante sentido pessoal

20/04/2020 22:57

(\*) Relevante

Página: 5 de 5



Prefeitura Municipal de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital da Criança Santo Antônio  
Laboratório de Análises Clínicas  
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"



Paciente: Hugo Eduardo Silva

Sexo: Masculino

Nasc: 29/04/2008

Idade: 11 ANO

Solicitação: 30075475

Número Interno:

Solicitante: CLEWTON CARLVALHO DE OLIVEIRA CRM-RR 698

Origem: HCSA

Setor: TRAUMA

Leito: LEITO 02

Data de Emissão: 20/04/2020 21:48

Recebimento:

#### Resultado de Exame

Amostra: 3007547502

### DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Resultado

Referência

Metodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

0,58 mg/dL

0,7 - 1,4 mg/dL

CREATININA

#### 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 CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)

Material: SORO

Resultado

Referência

Metodologia: M13 - Cinético Uv

318,48 U/L

24,0 - 195,0 U/L

CPK

### DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO - MB (CK-MB)

Material: SORO

Resultado

Referência

Metodologia: M13 - Cinético Uv

112,11 U/L

Sem Referência

CK-MB

#### Notas

1º O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios bioquímicos e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica; amostras coletadas incorretamente podem levar a resultados falsos;

2º Exames bioquímicos devem ser realizados preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas;

3º Este exame sofre grande influência de Hemólises, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil.

### DOSAGEM DE GLICOSE

Material: SORO

Resultado

Referência

Metodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

102,34 mg/dL

Sem Referência

GLICOSE BASAL

### DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Resultado

Referência

Metodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

22,51 mg/dL

Sem Referência

UREIA

### PCR - DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SORO

Resultado

Referência

Metodologia: M22 - Imunoturbidimetria

0,15 mg/L

Sem Referência

PROTEÍNA C REATIVA

Dra. Maria de Lourdes Almeida  
Farmacêutica-Bioquímica  
CRF-RR 163

Responsável Técnico: Wallace Bruno Ferreira Garcia - Responsável Técnico - CRF - RR 211

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

20/04/2020 22:57

(\*) Reservado

Página: 3 de 5



Prefeitura Municipal de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital da Criança Santo Antônio  
Laboratório de Análises Clínicas  
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"



Paciente: Hugo Eduardo Silva	Sexo: Masculino	Nasc: 29/04/2008	Idade: 11 ANO
Solicitação: 30075475	Número Interno:	Solicitante: CLEWTON CARLVALHO DE OLIVEIRA CRM-RR 698	
Origem: HCSA	Setor: TRAUMA	Leito: LEITO 02	
Data de Emissão: 20/04/2020 21:48	Recebimento:		

#### Resultado de Exame

Amostra: 3007547501

#### HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL	Resultado	Referência
Metodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)		
<b>LEUCOGRAMA</b>		
LEUCÓCITOS	<b>16,92 x10<sup>3</sup>/uL</b>	4,0 - 10,0 x10 <sup>3</sup> /uL
NEUTRÓFILOS	<b>71,00 %</b>	50,0 - 70,0 %
LINFOCITOS	<b>20,00 %</b>	20,0 - 40,0 %
MONÓCITOS	<b>6,00 %</b>	3,0 - 12,0 %
EOSINÓFILOS	<b>3,00 %</b>	0,5 - 5,0 %
ASÓFILOS	<b>0,00 %</b>	0,0 - 1,0 %
<b>ERITROGRAMA</b>		
ERITRÓCITOS	<b>4,40 x10<sup>12</sup>/uL</b>	Sem Referência
HEMOGLOBINA	<b>13,40 g/dL</b>	Sem Referência
HEMATÓCRITO	<b>37,90 %</b>	Sem Referência
VCM	<b>86,10 ug/L</b>	Sem Referência
HCM	<b>30,50 pg</b>	27,0 - 34,0 pg
CHCM	<b>35,50 g/dL</b>	Sem Referência
RDW CV	<b>12,20 %</b>	11,0 - 16,0 %
RDW SD	<b>44,20 fL</b>	35,0 - 58,0 fL
<b>PLAQUETOGRAMA</b>		
PLAQUETAS	<b>240,00 x10<sup>3</sup>/uL</b>	150,0 - 400,0 x10 <sup>3</sup> /uL
VPM	<b>8,90 fL</b>	6,5 - 12,0 fL
ADP	<b>15,90</b>	9,0 - 17,0
PCT	<b>0,214 %</b>	1,08 - 2,82 %

#### TERMINAÇÃO DO GRUPO SANGUÍNEO

Material: SANGUE TOTAL	Resultado	Referência
Metodologia: M29 - Aglutinação		
<b>GRUPO SANGUÍNEO</b>		
ABO	<b>O</b>	Sem Referência
RH	<b>Positivo (+)</b>	Sem Referência

  
Dr. Leonardo Mariusso  
Bumédico  
CRBM-4/ RR 2165

Responsável Técnico: Welles Bruno Ferreira Garcia - Responsável Técnico - CRF - RR 211  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

20/04/2020 22:57

(\*) Retirado  
Página: 1 de 5

## FICHAS DE GASTOS

KIT PUNÇÃO VENOSA

KIT NEBULIZAÇÃO

KIT DEXTRO

KIT OXIGENOTERAPIA

KIT ASPIRAÇÃO

KIT SONDAGEM NASOGÁSTRICA

KIT SONDAGEM ENTERAL

KIT SONDAGEM VESICAL

KIT SONDAGEM SIMPLES

KIT SONDAGEM GRANDE

DIVERSOS

ÁGUA DESTILADA 10ml

SERINGA 20ml

SERINGA 10ml

SERINGA 05ml

SERINGA 03ml

SERINGA 1ml

EQUIPO MACROGOTAS COM INJETOR

EQUIPO MICROGOTAS COM INJETOR

AGULHA N°

GAZE (PACOTE)

ALCOOL 701%

JELCO N°

MÁSCARA

LUVA DE PROCEDIMENTOS

GORRO

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

21/4h - nova admissão via cíclite com frasco. Segue os exames de rotina; urinário, g. Hemocultura eletrodo de fio de ferro, exames de sangue. Nota-se tura epitelial de espiráculos vibrante; noturna, com erupções esparsas de erupções urticárias. Pode-se observar urticária e erupções urticárias.

22/4h - nova admissão via cíclite com frasco. Segue os exames de rotina; urinário, g. Hemocultura eletrodo de fio de ferro, exames de sangue. Nota-se tura epitelial de espiráculos vibrante; noturna, com erupções esparsas de erupções urticárias. Pode-se observar urticária e erupções urticárias.

Enfermeira da SII/2a  
Eduardo





## **FICHAS DE GASTOS**

KIT PUNÇÃO VENOSA	
KIT NEBULIZAÇÃO	
KIT DEXTRO	
KIT OXIGENOTERAPIA	
KIT ASPIRAÇÃO	
KIT SONDAÇÃO NASOGÁSTRICA	
KIT SONDAÇÃO ENTERAL	
KIT SONDAÇÃO VESICAL	
KIT SONDAÇÃO SIMPLES	
KIT SONDAÇÃO GRANDE	
DIVERSOS	
ÁGUA DESTILADA 10ml	
SERINGA 20ml	
SERINGA 10ml	
SERINGA 05ml	
SERINGA 03ml	
SERINGA 1ml	
EQUIPO MACROGOTAS COM INJETOR	
EQUIPO MICROGOTAS COM INJETOR	
AGULHA N°	
GAZE (PACOTE)	
ALCOOL 701%	
JELCO N°	
MÁSCARA	
LUVA DE PROCEDIMENTOS	
GORRO	
<i>7:30 Paciente encontra-se em cama maca, comunicação condizente! Disponível para providências - Patrulha</i>	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

10.00 houve encontro-se seu viva moca, convenientemente instalados (impresos, afilados, com escoriador) em face, cicatriz, ferre, siolo, RNP e mês, manteudos fixados no extenso seu MTE, organizados anatomico local de resenho, diverso de Lefevre em dose mocafole, curados, pafre





**HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO**

**CONTROLE SINAIS VITAIS E  
CONTROLE HÍDRICO - UTIP**



**Prefeitura Municipal de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Saúde**

Data: 21 / 01 / 20 Peso \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Fratura exposta tubo

Nome: Ruggo Eduardo Silveira  
Registro: 67265  
Idade: 11 Anos

Leito: JO-F  
Data da internação na UTIP: / /

**SINAIS VITAIS**

**GANHOS**

**CONTROLE HÍDRICO**

**CUIDADOS ESPECIAIS**

HORA

Temp.

P.A.

F.C.

SpO2

Dieta

Soro

NPP

Medicação EV

Medicação VO

Hemoderivado

Sedação

Correção de:

Fase de:

Diurese

Fezes

Sondas

Drenos

Aspiração

FIO2

PEEP

PIP

FAP

Oxigênio terapia

Dextros

**ASSINATURA E  
CARIMBO**

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

24h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

24h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

&lt;

## **FICHAS DE GASTOS**

KIT PUNÇÃO VENOSA  
KIT NEBULIZAÇÃO  
KIT DEXTRO  
KIT OXIGENOTERAPIA  
KIT ASPIRAÇÃO  
KIT SONDAÇÃO NASOGASTRICA  
KIT SONDAÇÃO ENTERAL  
KIT SONDAÇÃO VESICAL  
KIT SONDAÇÃO SIMPLES  
KIT SONDAÇÃO GRANDE  
DIVERSOS  
ÁGUA DESTILADA 10ml  
SERINGA 20ml  
SERINGA 10ml  
SERINGA 05ml  
SERINGA 03ml  
SERINGA 1ml  
EQUIPO MACROGOTAS COM INJE  
EQUIPO MICROGOTAS COM INJE  
AGULHA N°  
GAZE (PACOTE)  
ALCOOL 701%  
JELCO N°  
MÁSCARA  
LUVA DE PROCEDIMENTOS  
GORRO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM





**HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO**

**CONTROLE SINAIS VITAIS E  
CONTROLE HÍDRICO - UTIP**



**Prefeitura Municipal de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Saúde**

Data: 23 / 01 / 20 Peso \_\_\_\_\_

Diagnóstico: fratim Exprestia trânsito

Nome: Hugo Eduardo Sá  
Registro: 67260 Leito: F-40  
Idade: 11 Data da internação na UTIP: 18/01/2020

**SINAIS VITAIS**

**GANHOS**

**PERDAS**

**CUIDADOS ESPECIAIS**

**ASSINATURA E  
CARMIMBO**

HORA	Temp.	P.A.	F.C.	F.R.	SpO2	Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivado	Sedação	Correção de:	Fase de:	Diurese	Fezes	Sondas	Drenos	Aspiração	FIO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros
07h																									
08h																									
09h																									
10h																									
11h																									
12h																									
13h																									
14h																									
15h																									
16h	<u>37</u>	<u>92</u>	<u>19</u>	<u>10</u>	<u>20</u>	<u>CPM</u>	<u>10</u>	<u>0</u>	<u>10</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
17h																									
18h																									
19h																									
20h																									
21h																									
22h																									
23h																									
24h																									
01h																									
02h																									
03h																									
04h																									
05h																									
06h	<u>25</u>	<u>92</u>	<u>18</u>	<u>CPM</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Higiene																									
Hora do banho																									

Exames e/ou recomendações:

### FICHAS DE GASTOS

KIT PUNÇÃO VENOSA  
KIT NEBULIZAÇÃO  
KIT DEXTRO  
KIT OXIGENOTERAPIA  
KIT ASPIRAÇÃO  
KIT SONDAÇÃO NASOGÁSTRICA  
KIT SONDAÇÃO ENTERAL  
KIT SONDAÇÃO VESICAL  
KIT SONDAÇÃO SIMPLES  
KIT SONDAÇÃO GRANDE  
DIVERSOS  
ÁGUA DESTILADA 10ml  
SERINGA 20ml  
SERINGA 10ml  
SERINGA 05ml  
SERINGA 03ml  
SERINGA 1ml  
EQUIPO MACROGOTAS COM INJETOR  
EQUIPO MICROGOTAS COM INJETOR  
AGULHA N°  
GAZE (PACOTE)  
ALCOOL 701%  
JELCO N°  
MÁSCARA  
LUVA DE PROCEDIMENTOS  
GORRO

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM





**HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO**

**ONTOROLE SINAIS VITAIS E  
CONTROLE HÍDRICO - UTIP**



**Prefeitura Municipal de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Saúde**

Data: 24 / 04 / 2020 Peso \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: Fratura exposta fibia

Nome: Ruige Eduardo Slua  
Registro: 67260 Data da internação 24/04/2020  
Idade: 11m Leito: 10

**ASSINATURA E  
CARMIMBO**

<b>SINAIS VITAIS</b>		<b>GANHOS</b>		<b>CONTROLE HÍDRICO</b>		<b>CUIDADOS ESPECIAIS</b>		<b>ASSINATURA E CARMIMBO</b>	
HORA	Temp.								
07h	P.A.								
08h	F.C.								
09h	F.R.								
10h	SpO2								
11h	Dieta								
12h	Soro								
13h	NPP								
14h	Medicação EV								
15h	Medicação VO								
16h	Hemoderivado								
17h	Sedação								
18h	Correção de:								
19h	Fase de:								
20h	Diurese								
21h	Fezes								
22h	Sondas								
23h	Drenos								
24h	Aspiração								
01h	FIO2								
02h	PEEP								
03h	PIP								
04h	FAP								
05h	Oxigênio terapia								
06h	Dextros								
Higiene									
Hora do banho									

Exames e/ou recomendações:

36 - 89 25 - 01 julho com  
2x1x - 0 - " on ondulante goteira.  
Angela

## FICHAS DE GASTOS

KIT PUNÇÃO VENOSA  
KIT NEBULIZAÇÃO  
KIT DEXTRO  
KIT OXIGENOTERAPIA  
KIT ASPIRAÇÃO  
KIT SONDAÇÃO NASOGÁSTRICA  
KIT SONDAÇÃO ENTERAL  
KIT SONDAÇÃO VESICAL  
KIT SONDAÇÃO SIMPLES  
KIT SONDAÇÃO GRANDE  
DIVERSOS  
ÁGUA DESTILADA 10ml  
SERINGA 20ml  
SERINGA 10ml  
SERINGA 05ml  
SERINGA 03ml  
SERINGA 1ml  
EQUIPO MACROGOTAS COM INJETOR  
EQUIPO MICROGOTAS COM INJETOR  
AGULHA N°  
GAZE (PACOTE)  
ALCOOL 701%  
JELCO N°  
MÁSCARA  
LUVA DE PROCEDIMENTOS  
GORRO

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM





**HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO**

**CONTROLE SINAIS VITAIS E  
CONTROLE HÍDRICO - UTIP**



**Prefeitura Municipal de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Saúde**

Data: 25 / 04 / 20 Peso \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: edema expedito clínico

Nome: Huan Endrade Stuc 10  
Registro: 114 Data da internação na UTIP 1/1  
Leito: 10

SINAIS VITAIS		GANHOS		CONTROLE HÍDRICO		CUIDADOS ESPECIAIS		ASSINATURA E CARMBO																	
HORA	Temp.	P.A.	F.C.	F.R.	SpO2	Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivado	Sedação	Correção de:	Fase de:	Diurese	Fezes	Sondas	Drenos	Aspiração	FIO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros
07h																									
08h																									
09h	<u>36,6</u>	<u>10</u>	<u>80</u>	<u>PE</u>	<u>MS</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>			
10h																									
11h																									
12h																									
13h																									
14h																									
15h																									
16h																									
17h	<u>36</u>	<u>90</u>	<u>80</u>	<u>PE</u>	<u>MS</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>			
18h																									
19h																									
20h																									
21h	<u>37</u>	<u>82</u>	<u>82</u>	<u>PE</u>	<u>MS</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>	<u>SPN</u>			
22h																									
23h																									
24h																									
01h																									
02h																									
03h																									
04h																									
05h																									
06h																									
Higiene																									
Hora do banho																									

Exames e/ou recomendações:

charlene

charlene

### FICHAS DE GASTOS

KIT PUNÇÃO VENOSA  
KIT NEBULIZAÇÃO  
KIT DEXTRO  
KIT OXIGENOTERAPIA  
KIT ASPIRAÇÃO  
KIT SONDAÇÃO NASOGÁSTRICA  
KIT SONDAÇÃO ENTERAL  
KIT SONDAÇÃO VESICAL  
KIT SONDAÇÃO SIMPLES  
KIT SONDAÇÃO GRANDE  
DIVERSOS  
ÁGUA DESTILADA 10ml  
SERINGA 20ml  
SERINGA 10ml  
SERINGA 05ml  
SERINGA 03ml  
SERINGA 1ml  
EQUIPO MACROGOTAS COM INJETOR  
EQUIPO MICROGOTAS COM INJETOR  
AGULHA N°  
GAZE (PACOTE)  
ALCOOL 701%  
JELCO N°  
MÁSCARA  
LUVA DE PROCEDIMENTOS  
GORRO

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM





**HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO**

**CONTROLE SINAIS VITAIS E  
CONTROLE HÍDRICO - UTIP**



**Prefeitura Municipal de Boa Vista**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

Data: 26 / 01 / 2020 Peso \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Nome: Júmeno Edurando Sylveira  
Registro: 67260 Data da internação na UTIP 21/01/2020  
Idade: 15 Anos Leito: 10

Angela

**SINAIS VITAIS**

**GANHOS**

**CONTROLE HÍDRICO**

**CUIDADOS ESPECIAIS**

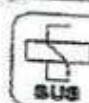
HORA	Temp.	P.A.	F.C.	F.R.	SpO2	Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivado	Sedação	Correção de:	Fase de:	Diurese	Fezes	Sondas	Drenos	Aspiração	FIO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros
07h																									
08h	<u>36</u> - <u>16</u>	<u>19</u>	<u>80</u>	<u>20</u>	<u>95</u>	<u>C P M</u>																			
09h																									
10h																									
11h																									
12h																									
13h																									
14h																									
15h																									
16h																									
17h																									
18h																									
19h																									
20h																									
21h																									
22h																									
23h																									
24h																									
01h																									
02h																									
03h																									
04h																									
05h																									
06h																									
Higiene																									
Hora do banho																									

Exames e/ou recomendações:



HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO

PREScrição MÉDICA



NÚMERO  
01

Prefeitura Municipal de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Saúde

NOME: HUGO EDUARDO SILVA

IDADE: 11a

PESO: 140kg

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

HD:

POLITRANS

BLOCO: TRAVESSO: 02

10

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
20/04	① DIETA q	SNIS
20/04	② R. LACTINA 500ml EV a.m. 1h	② NTR
20/04	③ DIPIRONA 2ml t.u 414h	24 06 08 10 12 14 20
20/04	④ TRAMAL 100mg t.u 12/12h	24 06 12
20/04	⑤ SG51 50ml	22 06 14
	Nº 6 10g t.u EV 8/8h	
	KU 10g s.m.	
0	1x	
⑦	Hemograma + PCR	
⑧	Parâmetro ORTOPEDISTA	COLHEITA
9	Ceftiwaxone 1g EV 12/12h	24 12
10	AO Bloco P	

Dr. Cleiton Carvalho  
Pediatra  
CRM-RR 698

Dr. Alberto Ferreira de Souza  
Médico Ortopedista e Traumatologista  
CRM-RR 1617  
Tutor Especialista TEOT - 12603

F. J. B.

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE <b>HUGO EDUARDO SILVA</b>				
DIAGNÓSTIC <b>FX EXPOSTA TIBIA E (DR ALBERTO)</b>				
ALERGIAS		PESO		40KG
IDADE		LEITO	DATA	22/4/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL P IDADE			S/N
2	AVP			mantingenda.
3	IBUPROFENO 40 GTS VO 8/8H S/N			S/N 16.00
4	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H S/N			S/N 23.00
6	PLASIL 2 ML EV 8/8H SN			S/N 23.00
7	SSVV + CCGG			Roline
8	CURATIVO DIARIO			AM 24
9	CEFTRIAXONA 1 G EV 12/12H			XL 24
10				
12				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
EVOLUÇÃO MÉDICA:				

Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 2007

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP		
6 H						
12 H						
18 H						
24 H						

	<b>NUTRIÇÃO PARENTERAL (NPP)</b>	
PACIENTE: _____		Bl: _____
MÉDICO (A): _____		
Data da Req.: _____ / _____ / _____		( ) P/ 24 horas ( ) P/ 12 horas ( ) p/ 6 hs
Lote N° _____		Data da Prep: _____ às _____ hs

1<sup>ª</sup> ETAPA

Agua Destilada		
Heparina sódica		
Aminoped	10%	
SG	5%	
Glicose	50%	
NACL	10%	
KCL	10%	
Sulf. MG	10%	
Oligoped		
Gluconato Ca	10%	
Fost. Ac. Potássio		
Lipídios	20%	

VOLUME TOTAL:

( MATERIAL )

ml	Seringas _____ ml
ml	Frascos _____ ml
ml	Frascos _____ ml
ml	Frascos _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Frascos _____ ml
ml	Luvas estéreis/Aguilhas 40 x 12
ml	Equipo de transferência / Cálice / Bandeja

Gotejamento: \_\_\_\_\_ ml/h  
Ass. Médico: \_\_\_\_\_ Ass. RT: \_\_\_\_\_

2<sup>ª</sup> ETAPA

	<b>NUTRIÇÃO PARENTERAL (NPP)</b>	
PACIENTE: _____		Bl: _____
MÉDICO (A): _____		
Data da Req.: _____ / _____ / _____		( ) P/ 24 horas ( ) P/ 12 horas ( ) p/ 6 hs
Lote N° _____		Data da Prep: _____ às _____ hs

Agua Destilada		
Heparina sódica	77 ml	
Aminoped	10%	
SG	5%	
Glicose	50%	
NACL	10%	
KCL	10%	
Sulf. MG	10%	
Oligoped		
Gluconato Ca	10%	
Fost. Ac. Potássio		
Lipídios	20%	

VOLUME TOTAL:

( MATERIAL )

ml	Seringas _____ ml
ml	Frascos _____ ml
ml	Frascos _____ ml
ml	Frascos _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Frascos _____ ml
ml	Luvas estéreis/Aguilhas 40 x 12
ml	Equipo de transferência / Cálice / Bandeja

Gotejamento: \_\_\_\_\_ ml/h  
Ass. Médico: \_\_\_\_\_ Ass. RT: \_\_\_\_\_





**HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO**



Prefeitura Municipal de Bon Vista



Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Hugo G. Sá IDADE: 11  
PESO: 90 PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ HD: \_\_\_\_\_ BLOCO: \_\_\_\_\_ LEITO: 10

Fix explore table & collect

Hospital de Criança Santo Antônio - HCSA  
Av. das Guairás, 1500, 29 de Setembro - CEP: 69305-130  
PABX: 3646 1554 - Boa Vista/RR



F10

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	<i>Augusto Eduardo Silveira</i>		
DIAGNÓSTICO	<i>que seguiu de TCC E</i>		
ALERGIAS		PESO	
IDADE	LEITO	10	DATA 23/4/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL P IDADE		<i>SN D</i>
2	AVP		<i>mante</i>
3	IBUPROFENO <i>500</i> GTS VO 8/8H S/N		<i>SN 28-06</i>
4	DIPIRONA <i>2</i> ML EV 6/6H S/N		<i>SN 24</i>
5	PLASIL <i>2</i> ML EV 8/8H SN		<i>SN</i>
7	SSVV + CCGG		<i>Rotina</i>
8	CURATIVO DIARIO		<i>10:00</i>
9	CEFTRIAXONAL <i>100</i> MG EV 12/12H		<i>10:24</i>
10	<i>Thomol 60 - 1000 08:00</i>		<i>14</i>
12	<i>SR 89 - 1000 08:00</i>		<i>SN</i>
14	<i>SR 89 - 1000 08:00</i>		
15	<i>SR 89 - 1000 08:00</i>		
16			
17	<i>Dr. Franklin O. Barbosa</i>		
18	<i>Médico Pediatria</i>		
19	<i>CRM-387</i>		
20	<i>CPF: 806.259.324-04</i>		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

*Dr. Augusto Cunha  
Ortopedia Pediátrica  
Traumatologia  
CRM-384*

SINAIS VIT.	PA	FC	FR	TEMP		
6 H						
12 H						
18 H						
24 H						

João Alves Barbosa Filho



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	21/04/2012		DN
PACIENTE	HUGO EDUARDO SILVA				
DIAGNÓSTICO	fx EXPOSTA TIBIA ESQUERDA (DR ALBERTO)				
ALERGIAS	NEGA		PESO	28	
IDADE	LEITO	10	DATA	24/4/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL P IDADE				GND
2	AVP				l mante
3	IBUPROFENO 28 GOTAS VO 8/8H S/N				S/N
4	DIPIRONA 1,4 ML EV 6/6H S/N				S/N
6	PLASIL 0,7 ML EV 8/8H SN				S/N
7	SSVV + CCGG				Rolina
8	CURATIVO DIARIO				M
9	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H				1ab 24h
10	Tramal 30mg + 50ml S-F0,5% ev 8/8h SN				
12					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente em bom estado geral, eupneico, corado, hidratado, e, esp de fixador externo em perna esquerda.

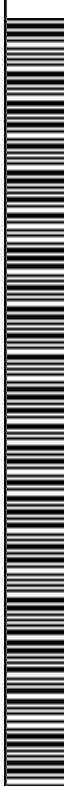
Dr. Odinachi Oxelius  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP			
6 H							
12 H							
18 H							
24 H							

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://pjudi.tjrr.jus.br/pjjudi/> - Identificador: PjVWx3 X49s9 C2TLC 9FBF3

150 84  
W  
150000  
87  
88  
240  
100000  
2120

TOE



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	21/04/2012		DN
PACIENTE		HUGO EDUARDO SILVA			
DIAGNÓSTICO		fx EXPOSTA TIBIA ESQUERDA (DR ALBERTO)			
ALERGIAS		NEGA		PESO	28
IDADE		LEITO	10	DATA	25/4/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL P IDADE				5W/D
2	AVP				manter
3	IBUPROFENO 28 GOTAS VO 8/8H S/N				SW
4	DIPIRONA 1,4 ML EV 6/6H S/N				SW 01:00
6	PLASIL 0,7 ML EV 8/8H SN				SW
7	SSVV + CCGG				rotina
8	CURATIVO DIARIO				DA
9	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H				24h
10					
12					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente em bom estado geral, eupneico, corado, hidratado, e, esp de fixador externo em perna esquerda.

*Arqueiro Traumato-Ortopedico  
Centro de Traumatologia  
Data: 25/04/2020*

SINAIS VIT.	PA	FC	FR	TEMP		
6 H						
12 H						
18 H						
24 H						

10 F

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	21/04/2012		DN
PACIENTE	HUGO EDUARDO SILVA				
DIAGNÓSTICO	fx EXPOSTA TIBIA ESQUERDA (DR ALBERTO)				
ALERGIAS	NEGA		PESO	28	
IDADE		LEITO	10	DATA	26/4/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL P IDADE				
2	AVP				
3	IBUPROFENO 28 GOTAS VO 8/8H S/N				
4	DIPIRONA 1,4 ML EV 6/6H S/N				
6	PLASIL 0,7 ML EV 8/8H SN				
7	SSVV + CCGG				
8	CURATIVO DIARIO				
9	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H				
10					
12					
14	<i>Alberto Henrique</i>				
15					
16					
17					
18					
19					
20					

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente em bom estado geral, eupneico, corado , hidratado , e, Uso de fixador externo em perna esquerda .

SINAIS VIT.	PA	FC	FR	TEMP		
6 H						
12 H						
18 H						
24 H						

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	21/04/2012		DN
PACIENTE	HUGO EDUARDO SILVA				
DIAGNÓSTICO	fx EXPOSTA TIBIA ESQUERDA (DR ALBERTO)				
ALERGIAS	NEGA		PESO	28	
IDADE		LEITO	10	DATA	26/4/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL P IDADE				
2	AVP				
3	IBUPROFENO 28 GOTAS VO 8/8H S/N				
4	DIPIRONA 1,4 ML EV 6/6H S/N				
6	PLASIL 0,7 ML EV 8/8H SN				
7	SSVV + CCGG				
8	CURATIVO DIARIO				
9	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H				
10					
12					
14					
15	<i>Alto Hospitalar</i>				
16					
17					
18					
19					
20					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
Paciente em bom estado geral, eupneico, corado, hidratado, e, Uso de fixador externo em perna esquerda.					
<i>franqueo sem sintomas de flogos, pernas dolorosas e pernas</i>					
<i>poliyodo.</i>					
SINAIS VIT.	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					



HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO

PEDIDO DE PARECER



Secretaria Municipal de Saúde  
Prefeitura Municipal de Boa Vista

BLOCO: brunne

LEITO: 02

Nº do Registro: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Nome: HUGO EDUARDO SILVA Sexo: \_\_\_\_\_

A Clínica ORTOPEDISTA

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do paciente).

Vítima: ACIDENTE CARRO X MOTO  
Glasgow 15.  
Fratura exposta tibia (C)  
Pé L: Pl: 3"  
sonhos KU. e conduta

Data

21/04/20

Dr. Cleiton Carvalho  
Pediatra  
CRM-RR 698

Assinatura e Carimbo do Médico Requisitante

PARECER:

ORTOPEDISTA

Enova visto 18  
DBS (C)

as CC PI  
DDO CMMG

Dr. Alberto Ferreira da Silveira  
Médico Ortopedista e Traumatologista  
CRM-RR 1813  
Tributo Especializado - COT  
2009

10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

110 E  
Mendo Community Singers performing  
8:45 PM

2) and it is a defining condition



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

**CAUTELA DE ORTOPEDIA**

TIPO DE CIRURGIA:

*Fratura Bruxista de Tibia G*

Data: 00 / 04 / 20

PRONTUÁRIO Nº 67260

PACIENTE: Hugo Henrique Silveira Figueira

IDADE: 110 BLOCO F ENFERMARIA

LEITO \_\_\_\_\_ CAIXA: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

MATERIAL UTILIZADO:

*01 fixador Externo 350*

*01 fixador Externo 400*

1ª VIA – PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª VIA

Médico Responsável



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO  
ANTÔNIO

FICHA ANESTÉSICA



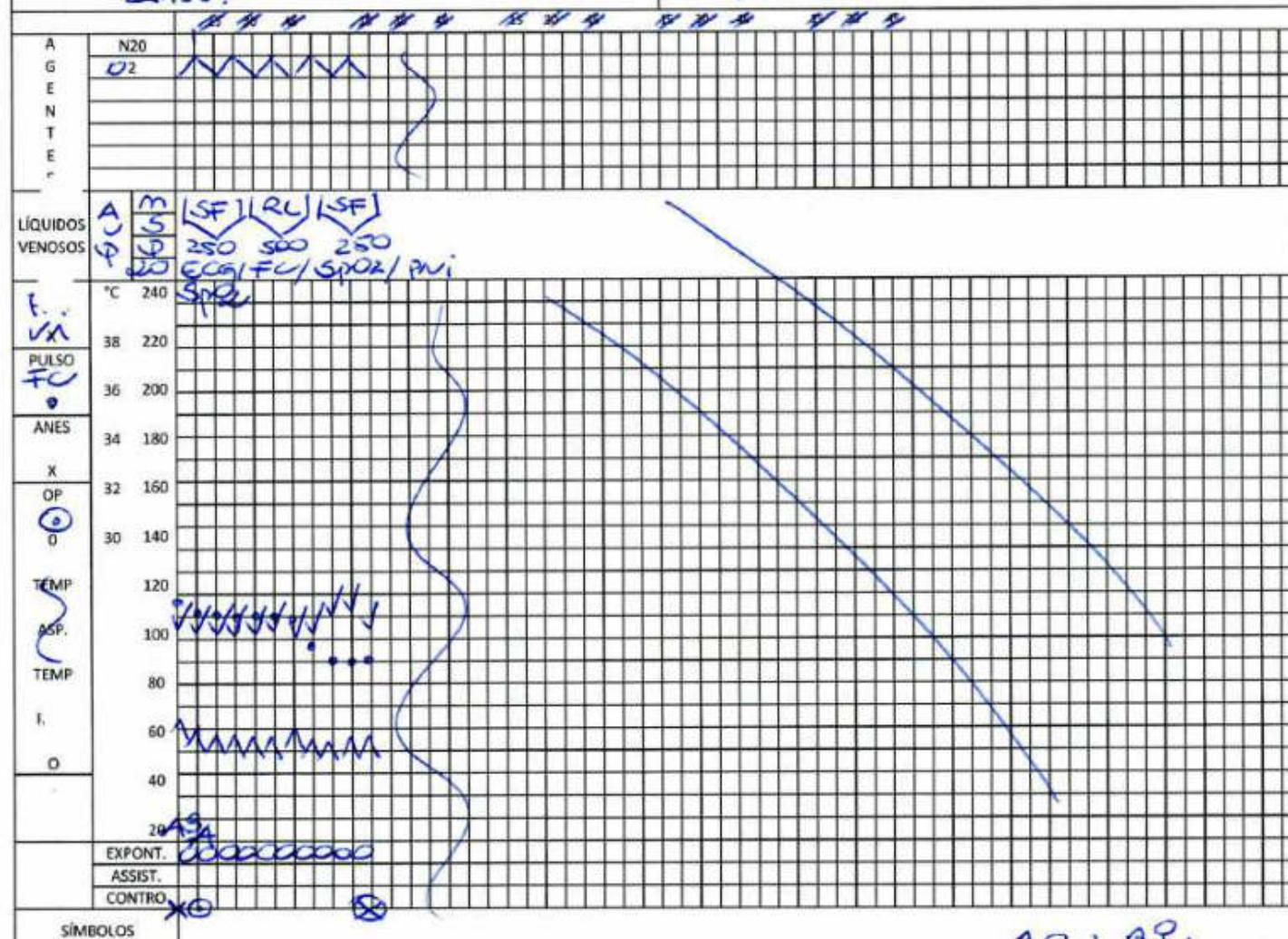
20.04.2020  
rito pediatra

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA EFEITO

midazolam 2mg  
uterina 20mg  
22h55.

Nome:

Hugo Eduardo Silva Figueira  
Prontuário 07260 Ma



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Bupivacaína	12mg	BSA	X checou list monitorizada
Ceftriaxona	10g		- BSA: paracimediana D, 1364, ag. Quinze 276, puncia max, 600ml inj. Bupi 0,5% expiração 12mg. Sem intubação
Dexametasona	4mg		
Dipirona	1,5g		
Frámacol	30mg		
GLICOSE			
NDCC			
SANGUE			
TOTAL	1000ml	50'	40 beats apó RRA / despejo/ uterine sem quinase.
OPERAÇÃO	to unirgico de fistula exposta no tibia		Laringo - Espasmo-Excesso Socio. Depressão Hemorragia - Arritmia Bradicardia - Choque
ANESTESISTAS	Dra. Evelyn Fernandes Anestesiologista CRMRR 1424	COD CIRURGIÃO Alberto F. / Pedro (R)	Respiratório - Hipoxia "Bucking" - Vomito PERDA SANGUÍNEA



HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO  
CIRÚRGICO



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 22/01/2021 O.S. \_\_\_\_\_

Hugo Sampaio

Diagnóstico Pré- Operatório

Indicação Terapêutica

tipo de intervenção

Medicações e Acidentes

Cirurgião

Instrumentadora

Anestesistas

Anestesia

Inicio

Fim

Duração

1º Auxiliar

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) LMC + osteosíntese com Acesso extram  
2) Ressecção de tumores ósseos  
3) Amputação de membros  
4) Limpeza de feridas com SF.  
5) Fixação com fixador externo

Data

Dr. Alberto Pereira da Cunha  
Médico Ortopedista e Traumatologista  
CRM: 14.1514 - Técnico: 10.17  
Título: Especialista TEGT - 12823

Assinatura



## ANEXO I



ANEXO I

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE <i>HUGO EDUARDO SIND FIGUEIREDO</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO / / / /	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RACACOR 10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO 000 N° DO TELEFONE		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO 000 N° DO TELEFONE		
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>				
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Vítima de acidente carro moto GLa 5 gav 15 Provável fratura exposta</i>				
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Q. clínico</i>				
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>polirrâmnos</i>		24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>INTERNAÇÃO</i>				
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Cleiton Carvalho pediatra</i>		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO / / / /	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Cleiton Carvalho Pediatra CRP-RR 698</i>	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>				
36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE	
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR	
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR	( ) AUTÔNOMO	( ) DESEMPREGADO	( ) APOSENTADO	( ) NÃO SEGURADO
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / / / /		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		



HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO

### NOTIFICAÇÃO DE SAÍDA



Secretaria Municipal  
de Saúde - SMSA  
PREFEITURA  
BOA VISTA  
TRABALHAR E CRESCER É SÓ POSSER

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº do Prontuário: 67260 | Nome do Paciente: Hugo Eduardo Silve

Sexo: M | Data de Nascimento: 29/04/03 | Endereço:

Bairro: Cidade Satélite | Bloco: | Leito:

### ALTA HOSPITALAR

<input checked="" type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> A pedido	<input type="checkbox"/> Evasão
Data da Alta: 26/04/20	Médico: Augusto Caveratto	Hora: 09:26

### ÓBITO

Dia do Óbito:	Horas:	
Atestado foi preenchido: ( )Sim ( )Não	Caso de Policia: ( )Sim ( )Não	Entregue a Família: ( )Sim ( )Não

### TRANSFERÊNCIA

Transferido de:	Transferido para:
-----------------	-------------------

### REMOÇÃO

Removido de:	Removido para:
--------------	----------------

Data da Emissão

Assinatura do(a) Enfermeiro(a) Responsável

Paula Roberta de Pontes Moreira  
Enfermeira  
6551-200-ENF





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA  
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - HCSA

Solicitação de Prontuário

Eu Sebastião Eduardo da S. Figueiro responsável  
menor HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA data de nascimento 29/04/2008  
venho solicitar dessa instituição cópia:  
 Prontuário nº \_\_\_\_\_  
 Ficha de emergência da data de 1/1  
Obs: dia do acidente 20/04/20

DPVST.

67260  
abril.

Já trouxe no  
funcionamento  
(a)

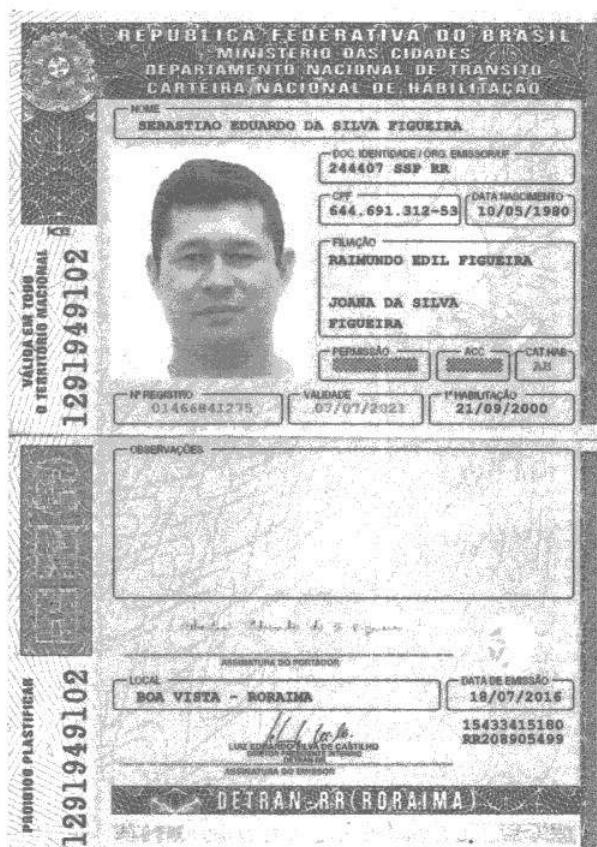
dia 29/04/20

01 Sétanc

Telefone para contato: 99171-3033 Boa Vista-RR 06 de JUNHO de 2020

Sebastião Eduardo da S. Figueiro  
Assinatura do Responsável





6953  
Agencia: 6953  
conta: 24239-5  
corrente

Via de Pagamento para o mês/ano 05/2020 referente a UC 1089170

04/05/2020



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: 5263295

ILOR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

### 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

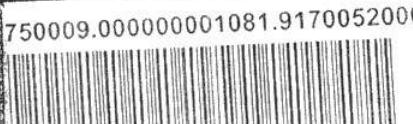
### RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

1º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO CIVIL, TÍTULOS E DOCUMENTOS  
PESSOAS JURÍDICAS E PROTESTOS DE TÍTULOS

Tabelião: Deusdete Coelho Filho

Substitutos: Rita de Cássia Mello Coelho

Maria de Jesus de Souza Rocha

Aurea Virginia Mello Coelho

Escrevente: Nadia Socorro Pinho Oliveira

Av. Ville Roy, 5623 - Centro - CEP: 69.301-001 - Tel: (95) 3224-3327 - Fax: (95) 3623-1145 - CNPJ: 84.050.038/0001-69

E-mail: tabdeus1@hotmail.com

Boa Vista - Roraima

## CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Livro A-315

Folha 213

Termo: 144016

Certifico que no livro, folhas e termo acima do Assento de Nascimento deste 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais da Comarca de Boa Vista, consta registrado o assento de:

**\*\*HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA\*\***

do sexo **masculino**, nascido às 22:53 horas, do dia 29 de abril de 2008 (29/04/2008), no Hospital Materno Infantil Nossa Sra. de Nazareth, localizado na Rua: Presidente Costa e Silva, nº 1100, São Francisco, Boa Vista-RR.

Filho de **SEBASTIÃO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA** e de **ROSANGELA SILVA DE AQUINO**.

Avós paternos: **RAIMUNDO EDIL FIGUEIRA**  
**JOANA DA SILVA FIGUEIRA**

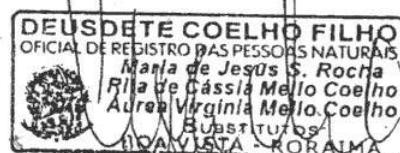
Avós maternos: **JOSÉ BATISTA DE AQUINO**  
**COSMA MAGALHÃES DA SILVA**

Registro feito dia 08 de maio de 2008.

Observação: declarante o pai.

O referido é verdade e dou fé. Boa Vista, Capital de Roraima, 08 de maio de 2008. Nádia Socorro Pinho Oliveira, Escrevente Autorizada, digitei. Eu, Deusdete Coelho Filho, Oficial de Registro Civil que a fiz digitar, assino em público e raso.

Isento de custas  
nos termos da Lei  
9.534/97.  
Qualquer rasura ou  
emenda tornará  
inválida a presente  
certidão.



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**043.833.612-77**

Nome  
**HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA**

Nascimento

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200283949

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

**Data do acidente:** 20/04/2020

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 24/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO. ALTA MÉDICA. P39

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** IMAGEM: P7,P8 / MATERIAL DE SÍNTESE DEFINITIVO NÃO INFORMADO.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

NOME:	Sebastião Eduardo da Silveira Figueiro
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Mecânico
IDENTIDADE:	244407
ENDEREÇO:	Alamedas dos Tatus nº 715 Silvio Lute

### OUTORGADO

NOME:	Elan Gracie de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	3348807
ENDEREÇO:	Rua Antônio P Galvão - 1832

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 20/04/2020, cobertura Imobilização, vitima: Hugo Eduardo Silveira Figueiro.

Boa Vista 01-07-2020

### LOCAL E DATA

Sebastião Eduardo da S. Figueiro.

### ASSINATURA DO OUTORGANTE

### (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0222755/20

Número do Sinistro: 3200283949

Vítima: HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

CPF: 043.833.612-77

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/04/2020

Titular do CPF: HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

### 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: 20/08/2020  
Nome: HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA  
CPF: 043.833.612-77

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2020  
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA  
CPF: 432.858.722-68

HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA