

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)

Realces

Realçar Movimentos de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à

Descrição:

6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div></div> 6	07/01/2021 10:51:44	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
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	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	08/12/2020 15:46:53	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	08/12/2020 15:46:53	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	08/12/2020 15:46:53	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div></div> 1	08/12/2020 15:46:52	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



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

Rio de Janeiro, 11 de 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. 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:

Documentação médico-hospitalar	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

Carta nº 16034074

Pag. 01659/01660 - carta_03 - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVW3 X49S9 C2TLC 9FBF3





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

Rio de Janeiro, 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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTALIDADE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 043.833.612-77 4 - Nome completo da vítima: Hugo Eduardo Silva Figueira

5 - FÓRUM DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 470/2014

6 - Nome: Hugo Eduardo Silva Figueira 7 - CPF: 043.833.612-77
8 - Estado: AL 9 - Cidade: Boa Vista 10 - Data de Nascimento: 7/15/75
11 - Ocupação: estudante 12 - Renda Mensal: R\$ 69.314-318
13 - Estado Civil: RR 14 - Telefone: (95) 98404-5368

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

16 - Nome do Representante Legal: Sebastião Eduardo da Silva Figueira 17 - CPF: 644.691.312-53
18 - Profissão do Representante Legal: Mecânico

19 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSOS INIAE ☐ RECURSOS PRAZONAL ☐ RECURSOS PRAZONAL ☐ RECURSOS PRAZONAL
☐ RENDIMENTO ☐ RENDIMENTO ☐ RENDIMENTO

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

21 - CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Itaú

22 - AGÊNCIA: 6953 CONTA: 29239 5

23 - Autorizo a LIDER a debitar a indenização na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização recebível, e a emitir a respectiva recibo, desde já e somente após a efetivação do pagamento total do valor devido.

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

- ☒ Declaro, sob pena de falsidade, que não apresentei laudo médico emitido por IML (Instituto Médico Legal) ou por outro órgão de perícia médica, para fins de cobertura de invalidez permanente.
- 1 - Não fui atendido(a) em nenhuma das unidades de saúde ou de minha residência ou
 - 2 - Quando atendido(a) em nenhuma das unidades de saúde ou de minha residência não realizei perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - 3 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias em prazo superior a 90 (noventa) dias do acidente.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

- 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome e o endereço:
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome e o endereço:
28 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome e o endereço:
30 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 31 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
32 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 33 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
34 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 35 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
36 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 37 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
38 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 39 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
40 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 41 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
42 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 43 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
44 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 45 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
46 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 47 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
48 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 49 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
50 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 51 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
52 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 53 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
54 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 55 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
56 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 57 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
58 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 59 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
60 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 61 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
62 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 63 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
64 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 65 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
66 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 67 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
68 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 69 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
70 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 71 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
72 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 73 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
74 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 75 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
76 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 77 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
78 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 79 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
80 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 81 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
82 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 83 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
84 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 85 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
86 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 87 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
88 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 89 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
90 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 91 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
92 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 93 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
94 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 95 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
96 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 97 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
98 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não 99 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço:
100 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e o endereço: ☐ Sim ☐ Não

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): 38 - Assinatura da testemunha: 39 - Assinatura da testemunha: 40 - Local e Data: Boa Vista - RR, 27/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (Beneficiário): 42 - Assinatura da vítima/beneficiário (Beneficiário): 43 - Assinatura da vítima/beneficiário (Beneficiário):



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 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

Logradouro: PADRE ANCHIETA

Bairro: CAMBARÁ

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP: 69314-318

Tipo de local: VIA URBANA

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	APOLICE 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 PERNA ESQUERDA. É O RELATO.

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

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

Sebastião Eduardo da Silva Figueira
SEBASTIÃO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA
COMUNICANTE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Qual o tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTALIDADE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 043.833.612-77 4 - Nome completo da vítima: Hugo Eduardo Silva Figueira

5 - FORTO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 470/2010

6 - Nome: Hugo Eduardo Silva Figueira 7 - CPF: 043.833.612-77
8 - Estado: AL - dos Tattos 9 - Cidade: Boa Vista 10 - Renda Mensal: 715
11 - Ocupação: estudante 12 - Estado Civil: RR 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-318
15 - Telefone: (95) 98404-5368

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

17 - Nome do Representante Legal: Sebastião Eduardo da Silva Figueira 18 - CPF: 644.691.312-53
19 - Profissão do Representante Legal: Mecânico

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INICIAL ☐ RECURSO EM RECURSO ☐ RECURSO EM RECURSO
☐ DEPENDÊNCIA ☐ RECURSO EM RECURSO ☐ RECURSO EM RECURSO

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

22 - CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Itaú

23 - AGÊNCIA: 6953 CONTA: 29239 5

24 - Autorizo a LIDER a debitar a indenização na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização, desde que a mesma seja paga em prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

- ☒ Declaro, sob pena de falsidade, que não apresentei laudo médico emitido por médico do IML, conforme exigido pelo artigo 2º da Lei nº 2.200-2/2001, para fins de cobertura de invalidez permanente.
- Não fui eu que atendi a região do acidente ou da minha residência ou
 - Não fui eu que atendi a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - Não fui eu que atendi 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 - Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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), informe o nome e o endereço: _____
- 29 - Se tinha filhos, informe: ☐ Sim ☐ Não 30 - Se tinha irmãos, informe: ☐ Sim ☐ Não 31 - Se tinha irmãos, informe: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informe: ☐ Sim ☐ Não

33 - Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que eu apresentar no presente formulário.

34 - Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que eu apresentar no presente formulário.

35 - Nome: _____

36 - Assinatura: _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____

38 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____

39 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____

40 - Local e Data: Boa Vista - RR, 27/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (Beneficiário): _____

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (Beneficiário): _____

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (Beneficiário): _____

44 - Assinatura da vítima/beneficiário (Beneficiário): _____

45 - Assinatura da vítima/beneficiário (Beneficiário): _____

46 - Assinatura da vítima/beneficiário (Beneficiário): _____

47 - Assinatura da vítima/beneficiário (Beneficiário): _____

48 - Assinatura da vítima/beneficiário (Beneficiário): _____



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

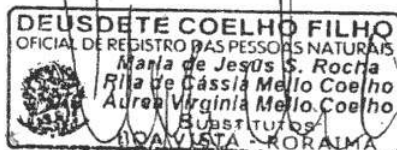
Avós maternos: **JOSÉ BATISTA DE AQUINO**
COSMA MAGALHÃES DA SILVA

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

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEBASTIAO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA

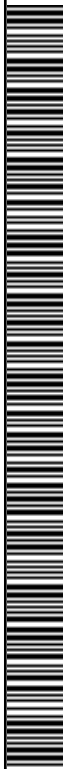
BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000029239-5

Autenticação:

B578A5F23D784C9E7E7C625E3678ECA0FA459D1A544A13C0A38D7C153B66BEE5





Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0164314-2

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº DA NOTA FISCAL 5341759 FCAM*

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

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 FIGUEIRA
AL DOS TATU 715 - DR. SILVIO LEITE
CEP: 69.314-318 - BOA VISTA

CPF: 00082928878220

DATAS 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

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo Classe/Subclasse Ligação 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.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	2872							
Leit. Anterior	2337							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	535							
Faturado:	535							

DESCRIÇÃO DA CONTA

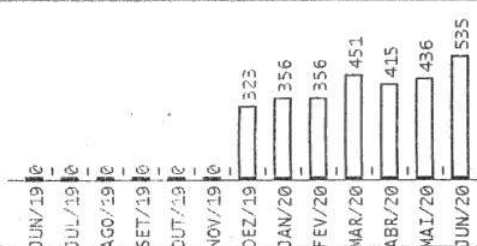
CONSUMO 535 A R\$ 0,755234 = 404,05

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 535 - 0,617770

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



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 reavizadas neste fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SDA/CA. Informamos ainda existir(em) contas vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 324,15 (valor histórico). Caso ainda efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

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

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Energia:	221,15
Distribuição:	96,86
Transmissão:	0,00
Encargos:	12,52
Perdas:	
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Base de Cálculo:	304,53

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99
Realizado	0,00		
FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,46	16,92	33,84
Realizado	0,00		
DMIC	Mensal	DICRI	Mensal

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

05/05/2020



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

ILOIR 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
-------------------------	----------------	-----------------------------

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / RG EMITIDA POR
114807 SSP RR

CNP
393.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT/AB
A/B

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2026

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616

750009.000000001081.917005200055





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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular 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 COAF².

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

Pelo exposto, eu

Alan Américo de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383051.912 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Hugo Eduardo Silva Figueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.833.612 / 77

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Hugo Eduardo Silva Figueira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.833.612 / 77, 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. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Paraisópolis</u>	Cidade: <u>Bom Jesus</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ELBFRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data: Bom Jesus - 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	Sexo:	M
Nome:	HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA				
Mãe:	ROSANGELA SILVA DE AQUINO				



Ficha de Atendimento
URGENCIA/EMERGENCIA
Cor Classificação: VERMELHO

Senha: UE0073

Data de Emissão: 20/04/2020 21:13

Usuário do Cad.: MARIA.SANTANA



265575.0

*numa
caixa
int*

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 Cidade: BOA VISTA
Nacionalidade: BRASILEIRO (A) Telefone: 991775837
Nome da Mãe: ROSANGELA SILVA DE AQUINO 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 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:

VITIMA ACIDENTE CARRO X MOTO
TRANSPORTADO PELO SAMU, COM IMOBILIZA
ÇÃO CERVICAL
GLASGOW 15.
FRATURA PERNA (E) ?? - CURATIVO OCUSIVO
COM SANGUE
EXT. PP: 3"
CD. R. LA CERRA / TRAMAC

EXAMES SOLICITADOS:

Rx
Hemograma

CONDUTA:

AV. GATOS E ASSIN

Dr. Clewton Carvalho
pediatra
598



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

67260

PRONTUÁRIO

67260

Cartão do SUS:

702100732047498

Data Nascimento:

29/04/2008

Sexo:

M

Nome:

HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

Mãe:

ROSANGELA SILVA DE AQUINO



Rx crânio : ACULAS NORMAIS
COL. CERVICAL : NEN

MI6: FRATURAS TIBIA @

CO. AGUROS ONTOLEN.

Dr. Clewton 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



265575.0

*nume
cift
int*

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 Cidade: BOA VISTA
Nacionalidade: BRASILEIRO (A) Telefone: 991775837
Nome da Mãe: ROSANGELA SILVA DE AQUINO 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 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:

VITIMA ACIDENTE CARRO X MOTO
TRANSPORTADO PELO SAMU, COM IMOBILIZA-
ÇÃO CERVICAL
GLASGOW 15.
FRATURA PERNA (E) ?? - CURATIVO OCUSIVO
COM SANGUE
EXT: PP: 3"
CO. PL. LA CERRA / TARMAC

EXAMES SOLICITADOS:

Rx
Hemograma

CONDUTA:

AV. GATOS E ASST.

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Cleiton Carvalho
Pediatra
CRM 696

HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA



HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

155,66mm

123,96mm

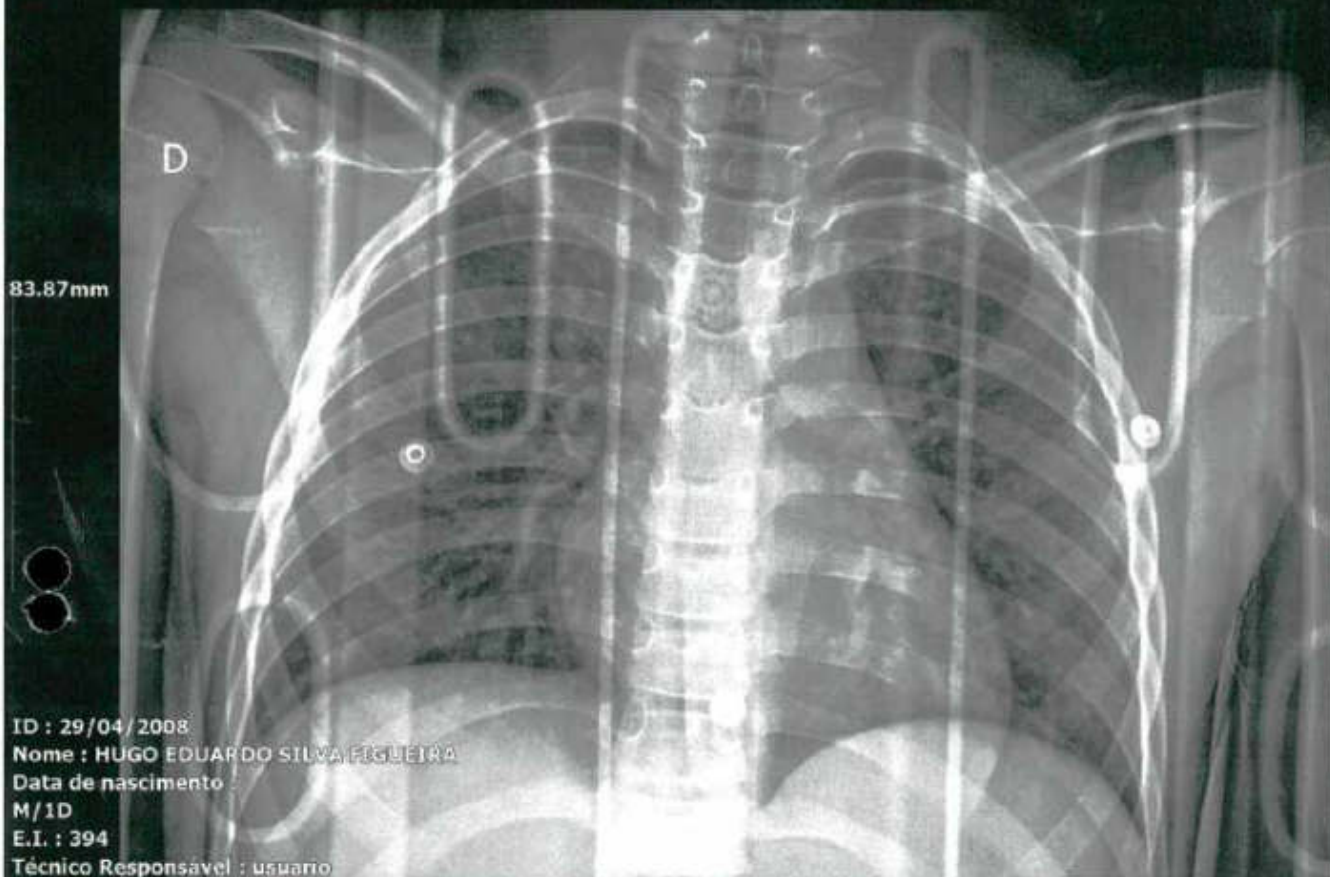
D

ID : 29/04/2008
Nome : HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA
Data de nascimento :
M/10
E.L.: 802
Técnico Responsável : usuário

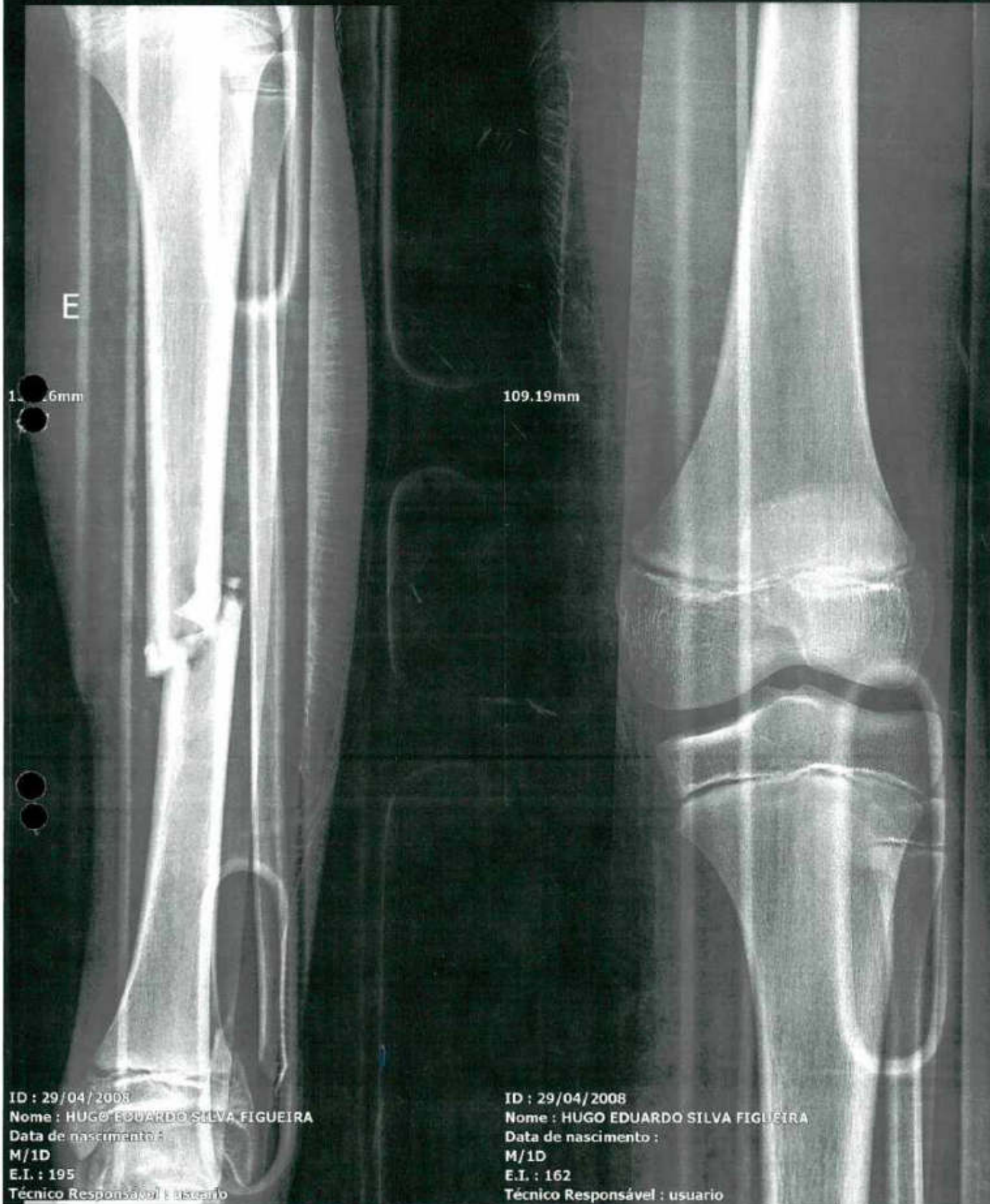
ID : 29/04/2008
Nome : HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA
Data de nascimento :
M/10
E.L.: 643
Técnico Responsável : usuário



HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA



HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA



HIGO EDUADO DA SILVA



ID : 22/04/20
Nome : HIGO EDUADO DA SILVA
Data de nascimento :
O/1D
E.I. : 83
Técnico Responsável : usuário



ID : 22/04/20
Nome : HIGO EDUADO DA SILVA
Data de nascimento :
O/1D
E.I. : 105
Técnico Responsável : usuário





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 CARVALHO DE OLIVEIRA CRM-RR 608	
Origem: HCSA	Sector: TRAUMA	Leito: LEITO 02	
Data de Emissão: 20/04/2020 21:48	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 3007547503

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M31 - Indeterminada

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado

15.6 seg

Referência

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 senha pessoal

20/04/2020 22:57

(*) Retificado

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 CARVALHO DE OLIVEIRA CRM-RR 608	
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

Métodologia: M11 - Cinético Pícrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0,58 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 CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)

Material: SORO

Métodologia: M13 - Cinético Uv

CPK

Resultado

318,48 U/L

Referência

24,0 - 195,0 U/L

DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO - MB (CK-MB)

Material: SORO

Métodologia: M13 - Cinético Uv

CK-MB

Resultado

112,11 U/L

Referência

Sem Referência

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 da Hemólise, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil;

DOSAGEM DE GLICOSE

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

102,34 mg/dL

Referência

Sem Referência

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

22,51 mg/dL

Referência

Sem Referência

PCR - DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SORO

Métodologia: M22 - Imunoturbidimetria

PROTEÍNA C REATIVA

Resultado

0,15 mg/L

Referência

Sem Referência

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

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

Outra Liberação do resultado mediante senha pessoal

20/04/2020 22:57

(*) Resultado

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 CARVALHO DE OLIVEIRA CRM-RR 698	
Origem: HCSA	Sector: TRAUMA	Leito: LEITO 02	
Data de Emissão: 20/04/2020 21:48	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 3007547501

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M25 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	16,92 x10 ³ /uL	4,0 - 10,0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	71,00 %	50,0 - 70,0 %
LINFÓCITOS	20,00 %	20,0 - 40,0 %
MONÓCITOS	6,00 %	3,0 - 12,0 %
EOSINÓFILOS	3,00 %	0,5 - 5,0 %
TSÓFILOS	0,00 %	0,0 - 1,0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4,40 x10 ⁶ /uL	Sem Referência
HEMOGLOBINA	13,40 g/dL	Sem Referência
HEMATÓCRITO	37,90 %	Sem Referência
VCM	86,10 ug/L	Sem Referência
HCM	30,50 pg	27,0 - 34,0 pg
CHCM	35,50 g/dL	Sem Referência
RDW CV	12,20 %	11,0 - 16,0 %
RDW SD	44,20 fL	35,0 - 56,0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	240,00 x10 ³ /uL	150,0 - 400,0 x10 ³ /uL
VPM	8,90 fL	6,5 - 12,0 fL
ADP	15,90	9,0 - 17,0
PCT	0,214 %	1,08 - 2,82 %

TERMINAÇÃO DO GRUPO SANGÜÍNEO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M29 - Aglutinação

GRUPO SANGÜÍNEO

	Resultado	Referência
ABO	O	Sem Referência
RH	Positivo (+)	Sem Referência

Dr. Leonardo Mariusso
Biomédico
CRBM-4/ RR 2165

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

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

20/04/2020 22:57

(*) Retornado

Página 1 de 5

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Altoch-bras, admitido por ciclista como + prob. No man-
to oxidado, respondendo Urdneste; restar, fatura, e ~~estatal~~
Lição ①, encoracões pelo corpo. Aguardando endo ~~estatal~~
estagnada; violado Rx. Segue as medidas da ~~estatal~~ ~~estatal~~.

Lucenir Aires da Silva

Enfermeira
Cuidado da Família

sp. Saúde da Família
COREN-RR 349.353

22: 50h par. vacinatório no dia, realiza-
do proc. de estat. Exposta tibia e, após
efeito de raqui após Termino realizada
RPA e encaminhado ao Bloco F. ~~10/10~~





HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

CONTROLE SINAIS VITAIS E
CONTROLE HÍDRICO - UTIP



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

Data: 20 / 04 / 2020 Peso

Diagnóstico: Polterismo

Nome: Hugo Eduardo Silva
Registro: 110
Idade: 11a
Data da internação na UTIP: 10 / 04 / 2020

SINAIS VITAIS

GANHOS

CONTROLE HÍDRICO

PERDAS

CUIDADOS ESPECIAIS

ASSINATURA E
CARIMBO

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																										
17h																										
18h																										
19h																										
20h																										
21h																										
22h																										
23h																										
00h																										
01h																										
02h																										
03h																										
04h																										
05h																										
06h																										
Higiene																										
Hora do banho																										
Exames e/ou recomendações:																										



FICHAS DE GASTOS

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 PROCEDIMENTPOS					
GORRO					
7:30 Paciente encontra-se em uma maca, com um catho					
Coordenadora Lucinete para providências - Patrice					

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

10.00 Linhas encontra-se em uma moeda, consciente, orientando empresas afetadas, com escritórios em face, acionistas detida. Nesse ciclo, RVP em USD mantendo fixado o exterior em NTE, realizadas análises no local de mercado, Tivemos 4 Super em desenvolvimento e unidades Patine





**CONTROLE SINAIS VITAIS E
CONTROLE HIDRICO - UTIP**



Diagnóstico: Fractura Expuesta Tibia.

Nome: Rafael Eduardo Silva
 Registro: 67260 Leito: 10-F
 Idade: 44 A Data da internação na UTIP: 1 / 1 / 2016

[illegible]

FICHAS DE GASTOS

[illegible]

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 / 04 / 20 Peso

Diagnóstico: fratura Exposta tíbia Nome: Luís Eduardo Silva Registro: 67260 Idade: 44A Leito: F-40
Data da internação na UTIP: 04/20

SINAIS VITAIS				CONTROLE HIDRICO																ASSINATURA E CARIMBO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
HORA	Temp.	P.A.	F.C.	F.R.	SpO2	GANHOS				PERDAS				CUIDADOS ESPECIAIS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
						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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				

Exames e/ou recomendações:



[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

CONTROLE SINAIS VITAIS E
CONTROLE HÍDRICO - UTIP



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

Data: 24 / 04 / 2020 Peso

Diagnóstico: *Infecção Exposta Abia*

Nome: *Rafael Eduardo Silva*
Registro: *67260*
Idade: *14a*

Leito: *10*
Data da internação: *24/04/2020*

SINAIS VITAIS

GANHOS

CONTROLE HÍDRICO

CUIDADOS ESPECIAIS

ASSINATURA E
CARIMBO

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																									
17h																									
18h																									
19h																									
20h																									
21h																									
22h																									
23h																									
24h																									
01h																									
02h																									
03h																									
04h																									
05h																									
06h																									
Higiene						Exames e/ou recomendações:																			
Hora do banho																									

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no vertical margin lines or other markings present. The paper appears to be a standard piece of stationery used for writing or drawing.



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

CONTROLE SINAIS VITAIS E
CONTROLE HÍDRICO - UTIP



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

Data: 25 / 04 / 2020 Peso

Diagnóstico: Admissão exposta de 11a

Nome: Huan Luciano Silva
Registro: 11a
Idade: 11a
Data da internação na UTIP: 1 / 1

SINAIS VITAIS

GANHOS

CONTROLE HÍDRICO

PERDAS

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

ASSINATURA E
CARIMBO

Higiene

Hora do banho

Exames e/ou recomendações:

00h

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

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

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

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

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

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

24h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

Prefeitura Municipal de Boa Vista

Secretaria Municipal de Saúde

Name: Phuong Edwendo Setve

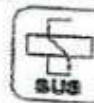
Registro: 67200	Leito: 30
Idade: 45 An	Data da internação na UTIP: 21/4/2020

**ASSINATURA E
CARIMBO**



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Secretaria Municipal de Saúde
Boa Vista

NOME: HUGO EDUARDO SILVA

PESO: 140kg

PRONTUÁRIO: _____

HD: _____

IDADE: 11a

BLOCO: TRAUMATOLOGIA

LEITO: 09

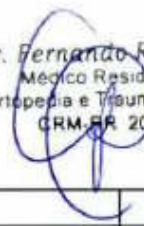
POLITRAUMA

10

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
<u>20</u> <u>04</u> <u>20</u>	① DIETA Q	
	② R. LACTAMA 500ml EV em 1h	
	③ DIPIRONA 2ml EV 4/4h	
	④ TRAMAL 100mg EV 12/12h	
	⑤ SG5X 500ml	
	NaCl 10x 10ml EV 8/8h	
	KCl 10x 10ml	
	⑥ Rx	
	⑦ HEMOGRAFIAS + PCR	
	⑧ PARACEN ORTOPEDIAS	
	⑨ Ceftriaxone 1g EV 12/12h	
	10 AO Bloco F	

Dr. Cleiton Carvalho
Pediatra
CRM-RR 698

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Especialista em Traumatologia
CRM-RR 1817
Título Especialista TEOT - 12603

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO						
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	HUGO EDUARDO SILVA					
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA TIBIA E (DR ALBERTO)					
ALERGIAS				PESO	40KG	
IDADE		LEITO		DATA	22/4/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL P IDADE				SND	
2	AVP				manter glicia.	
3	IBUPROFENO 40 GTS VO 8/8H S/N				S/N 16	
4	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H S/N				S/N 16	
6	PLASIL 2 ML EV 8/8H SN				S/N	
7	SSVV + CCGG				Kahna	
8	CURATIVO DIARIO				24	
9	CEFTRIAXONA 1 G EV 12/12H					
10						
12						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
<div style="text-align: center;"> Dr. Fernando Rezende Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 2007</div>						
SINAIS VIT.	PA	FC	FR	TEMP		
6 H						
12 H						
18 H						
24 H						

F 10

manter glicia.
S/N 16
S/N 16
S/N
Kahna
24



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

1ª ETAPA

Água Destilada		
Heparina sódica		
Aminoped	10%	
SG	5%	
Glicose	50%	
NACL	10%	
KCL	10%	
Sulf. MG	10%	
Oligoped		
Gluconato Ca	10%	
Fost. Ác. 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/Agulhas 40 x 12
ml	Equipo de transferência / Cálice / Bandeja

Gotejamento: _____ ml/h
Ass. Médico: _____ Ass. RT: _____

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

2ª ETAPA

Água Destilada		
Heparina sódica		
Aminoped	10%	
SG	5%	
Glicose	50%	
NACL	10%	
KCL	10%	
Sulf. MG	10%	
Oligoped		
Gluconato Ca	10%	
Fost. Ác. 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/Agulhas 40 x 12
ml	Equipo de transferência / Cálice / Bandeja

Gotejamento: _____ ml/h
Ass. Médico: _____ Ass. RT: _____



LEITO: 12

Hospital da Criança Santo Antônio - HCSA
Av. das Guaranias, N.º 1400, 19 de Setembro - CEP: 69305-130
PABX: 3626 1554 - Boa Vista/RR

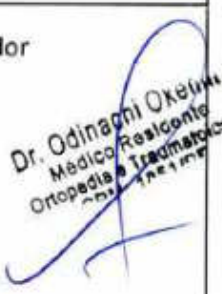
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO						
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	Hugo Eduardo Silva					
DIAGNÓSTICO	fratura de tíbia E					
ALERGIAS			PESO			
IDADE	LEITO		DATA		23/4/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL P IDADE					SND
2	AVP					manter
3	IBUPROFENO 400 MGTS VO 8/8H S/N					S/N 28-06
4	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H S/N					S/N 21
6	PLASIL 2 ML EV 8/8H SN					S/N
7	SSVV + CCGG					Rotina
8	CURATIVO DIÁRIO					1x
9	CEFTRIAXONA 1 MG EV 12/12H					1x 24
10	Tramadol 50 mg					24
12	+ SKY 9 - 4 mg					24
14	+ SKY 9 - 4 mg					24
15	S/N					SN
16						
17						
18						
19						
20						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
<div>Dr. Augusto Capistrano Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 1364</div>						
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP		
6 H						
12 H						
18 H						
24 H						

F10



Carla Alves de Jesus - Adv. 2.200-2/2001 - Lei nº 11.419/2006



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					SND
2	AVP					manter
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					Rolinda
8	CURATIVO DIARIO					M
9	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H					S/N
10	Tramal 30mg + 50ml S.F.O.S.F. Ev 8/8h					S/N
12						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
Paciente em bom estado geral, eupneico, corado , hidratado , e, isp de fixador externo em perna esquerda .						
						
Dr. Odinechi Okelima Médico Residente Ortopedia e Traumatologia						
SINAIS VIT.	PA	FC	FR	TEMP		
6 H						
12 H						
18 H						
24 H						

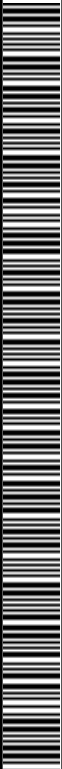
F10

Handwritten notes and signatures:
- "S/N" (multiple times)
- "manter"
- "Rolinda"
- "M"
- "S/N"
- "Tramal 30mg + 50ml S.F.O.S.F. Ev 8/8h"
- "S/N"
- "24/04/2020"
- "24/04/2020"



18 21
W
1500
21
22
W
W
21

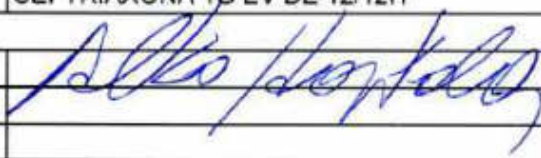
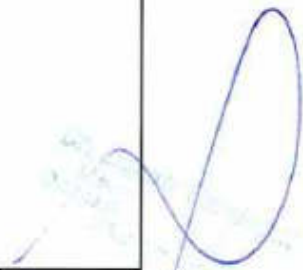
TOE



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					SN
2	AVP					manuten
3	IBUPROFENO 28 GOTAS VO 8/8H S/N					SN
4	DIPIRONA 1.4 ML EV 6/6H S/N					SN 21:20 5:30
6	PLASIL 0.7 ML EV 8/8H SN					SN
7	SSV + CCGG					Rotine
8	CURATIVO DIARIO					21:20
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, isp de fixador externo em perna esquerda.						
						
SINAIS VITAIS: PA FC FR TEMP						
6 H						
12 H						
18 H						
24 H						

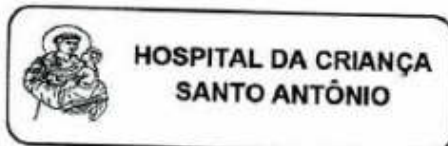
10 F



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							
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	SSV + CCGG					
8	CURATIVO DIARIO					
9	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H					
10						
12						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
<p>Paciente em bom estado geral, eupneico, corado, hidratado, e, Uso de fixador externo em perna esquerda.</p> <p><i>primeira sem sinais de infecção, ferida aberta, pulso e perfurados palpáveis.</i></p>						
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP		
6 H						
12 H						
18 H						
24 H						



PEDIDO DE PARECER



Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Boa Vista

BLOCO: fourme

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).

VITIM. ACIDENTE CARRO X MOTO
GLASGOW 15.

FRATURA EXPOSTA TÍBIA (E)

PÉ E: PP: 3"

SOLICITO RX. E CONDUTA

Data

2 / 04 / 20

Dr. Cleuton Carvalho
Pediatra
CRM-RR 698

Assinatura e Carimbo do Médico Requisitante

PARECER:

Ortopedia

FRATURA EXPOSTA DE

TÍBIA (E)

NO CC P/
TDO Cirurgia

Dr. Alberto Pereira de Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 1811
Título Especialista EMOT - 1999

2) and it also at length mentioned



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CAUTELA DE ORTOPEDIA

TIPO DE CIRURGIA:

Instituição Externa da Tibia G

Data: 20 / 04 / 20

PRONTUÁRIO Nº 67260

PACIENTE: Hugo Bernardo Silva Figueira

IDADE: 11e 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
Orto pedina.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA EFEITO		Nome:
Midazolam 2mg Lidocaina 20mg 22h55.		Hugo Eduardo Silva Figueira
		Prontuário 67260 MA
AGENTES		DOSES
Bupivacaína		12mg
B		
Ceftriaxona		1g
Dexametasona		4mg
Dipirona		1,5g
F		
G Flamadol		30mg
GLICOSE		
NDGD		
SANGUE		
TOTAL		1000 ml
OPERAÇÃO		Hx cirúrgico de fratura exposta em tibia (E)
ANESTESISTAS		Dra. Evelynne Figueira Anestesiologista CRMRR 1424
COD		
CIRURGIÃO		Alberto F. / Pedro (R)
PERDA SANGUÍNEA		

AGÊNCIAS
N20
O2

LÍQUIDOS VENOSOS
A M SF RL SF
U S D 250 500 250
P 20 ECG/FC/SpO2/PNI

TEMP
38 220
36 200
34 180
32 160
30 140
28 120
26 100
24 80
22 60
20 40
18 20

EXPONT.
ASSIST.
CONTRO

SÍMBOLOS
X O

ANOTAÇÕES
X check list
monitorização
- BSA: paraneurótica D,
L3L4, ag. Quincke 270,
pneumonia, L4L5, L5S1,
inj. lúpico 0,5% lúpico 0,5%
12mg. sem intubação
X Ao bloco F após
RPA / despiro / intubação
sem quinase.

TEMPO DE ANESTESIA
50'

ANOTAÇÕES
Laringo - Espasmo - Excesso Soro. Depressão Hemorragia - Arritmia Bradi -
Respiratório - Hipoxia "Bucking" - Vômito Taquicardia - Choque



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO
CIRÚRGICO



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 20/12/20 O.S. _____

HUGO SAVANNA

Diagnóstico Pré- Operatório _____

Indicação Terapêutica _____

Tipo de intervenção _____

Medicações e Acidentes _____

Cirurgião DR ALZMAO 1º Auxiliar DR POON

Instrumentadora _____

Anestesistas _____

Anestesia _____

Início _____ Fim _____ Duração _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) LMC + OSTEOS com ACRON EXPRIMO
2) Ponto de ombro dorsal sob
anestesia

2) ASCERSSIA + ANSCERSSIA + COMPOL.

3) anel de fixação

4) LMC com colar com SF.

5) ACRON com ACRON EXPRIMO

20/12/20

Data

Assinatura

Dr. Alberto Ferreira de Sá
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM 14.414 1617
Título Especialista TEOT - 12003



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

FICHA DE MATERIAL DE
CONSUMO EM CIRURGIA




NOME DO PACIENTE <i>Hugo Bonamundo Silva Figueira</i>		APTº/LEITO	Nº PRONTUÁRIO <i>67260</i>	DATA <i>20/04/20</i>	
CIRURGIA/TIPO <i>Inat. Exposta Tibia E</i>		TEMPO DE DURAÇÃO	INÍCIO <i>23:00</i>	FIM <i>23:50</i> TEMPO TOTAL	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO <i>Dr. Alberto</i>		ANESTESISTA <i>Dr. Bueline</i>			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE <i>Rodrigo / Luizman</i>			
DE ANESTESIA <i>Laqui 22:56</i>		TEMPO DE DURAÇÃO			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATUTG SIMPLES Nº			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATUTG SIMPLES Nº		1	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO % CC	<i>250ml</i>
	VICRYL		1	FRASCO SORO <i>STO, 91.500ml</i>	
	CATUTG		1	FRASCO SORO GLICOSADO % CC	
	CATUTG CROMADO Nº		1	FRASCO SORO GLICOSA % CC	<i>limpe bato 500mg</i>
	CATUTG CROMADO Nº			XYLOCAÍNA % CC	
	CATUTG ATRAUMÁTICO RETO			ALGODÃO	
	CATUTG ATRAUMÁTICO CURVO			JELCO	
	FIOS SEDA Nº		1	PUR ALCÓOL <i>claxe 30ml</i>	
	FIOS DE ALGODÃO Nº		1	POLVIDINE DEGERMANTE <i>claxe 30ml</i>	
	MONONYLON C/ AGULHA		1	ÁLCOOL 70% <i>30ml</i>	
	MONONYLON S/ AGULHA			POLVIDINE TÓPICO	
1	UNIDADE DE GAZE <i>pts</i>			GLICOSE %	
1	PARES DE LUVA Nº <i>5, 8, 10, 11, 8, 5, 11</i>			ATADURA DE CREPOM Nº <i>30 cm</i>	
1	EQUIPOS P/ SORO			ATADURA GESSADA Nº	
1	ROLOS DE ESPARADRAPO <i>30cm</i>			ÁGUA OXIGENADA	
	DRENOS Nº			ALGODÃO ORTOPÉDICO Nº	
	SONDAS Nº <i>10</i>		1	gletrolado	
1	AGULHAS <i>boris 21/25g Nº 27 11</i>			<i>Seringa 3ml 1ml 5ml 10ml 11</i>	
1	COMPRESSAS <i>pt</i>		1	<i>caldo de b</i>	
1	LÂMINAS P/ BISTURI <i>Nº 15</i>			<i>tubo orotraqueal c/ cuff Nº</i>	
SOMA DOS MATERIAIS			SOMA DOS MEDICAMENTOS		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA			DEBITAR NA C.C. DO PACIENTE		VALOR
VISTO DOS RESPONSÁVEIS					
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA (O) CHEFE			
FUNCIONÁRIO (A)/CÁLCULOS		FUNCIONÁRIO(A)/C.C. DO PACIENTE FEITO LANÇAMENTO			
			MATERIAL/MEDICAMENTOS		
			SUB-TOTAL		
			TAXA DE SALA/E ANESTESIA		
			SOMA		



ATENÇÃO: ESCREVA NO VERSO SE NECESSÁRIO

ANEXO I

 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		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE HUGO EDUARDO SILVA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3		10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
19 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS EMERGENCIA OXIGENIO SATURACAO 90% @			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO QX + EX 700 CÂMBIO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) QX			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	
25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO OSSESS + LM			
28 - CLÍNICA		29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
30 - DOCUMENTO		31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		33 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		35 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	
40 - CNPJ EMPRESA		41 - Nº DO BILHETE	
42 - CNPJ DA EMPRESA		43 - CNIE DA EMPRESA	
44 - CBOR		45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			



ANEXO I

 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		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - RAÇA/COR	
10.1 - ETNIA			
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
		18 - UF	
		19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
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 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
29 - CLÍNICA			
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
31 - DOCUMENTO			
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
39 - CNPJ DA SEGURADORA			
40 - Nº DO BILHETE			
41 - SÉRIE			
42 - CNPJ EMPRESA			
43 - CNAE DA EMPRESA			
44 - CBOR			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR			
48 - DOCUMENTO			
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

NOTIFICAÇÃO DE SAÍDA



Secretaria Municipal
de Saúde - SMSA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº do Prontuário:	67260	Nome do Paciente:	Hugo Eduardo Silva
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 Carneiro
		Hora:	09:26

ÓBITO

Dia do Óbito:		Hora:	
Atestado foi preenchido:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Caso de Polícia:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Entregue a Família:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

TRANSFERÊNCIA

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

REMOÇÃO

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

Data da Emissão

Assinatura do(a) Enfermeiro(a) Responsável
Pádua Roberta de Pontes Moreira
Enfermeira
CRM 51.200/ENF





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

Solicitação de Prontuário

Eu Sebastião Eduardo da S. Figueira 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 ____/____/____

Obs.: dia do acidente 20 Abril

Telefone para contato: 99171-3033 Boa Vista-RR 06 de Junho de 20 20

Sebastião Eduardo da S. Figueira
Assinatura do Responsável

DPVST.

67260

Abril.

✓ Entrou no
faturamento
pelo (a)

dia 29/04/20

01 Simang



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME SEBASTIAO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA	
DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA 244407 SSP RR	
CPF 644.691.312-53	DATA NASCIMENTO 10/05/1980
FILIAÇÃO RAIMUNDO EDIL FIGUEIRA	
JOANA DA SILVA FIGUEIRA	
PERMISSÃO 2000000000	ACC 2000000000
CAT. HAB. A/B	
Nº REGISTRO 01466841275	VALIDADE 07/07/2021
1ª HABILITAÇÃO 21/09/2000	
OBSERVAÇÕES	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 18/07/2016
LUX 15433415180 RR208905499	
ASSINATURA DO EMISSOR	
DETRAN-RR (RORAIMA)	

Agência: 6953
Conta: 29239-5
corrente

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

05/05/2020



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

ILOIR 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
-------------------------	----------------	-----------------------------

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / RG EMBAIXADA
114807 SSP RR

CNP
393.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FLUXÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT/AB
A/B

1º REGISTRO
011019:2304

VALIDADE
28/01/2026

2ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616

750009.000000001081.917005200055





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO CIVIL, TÍTULOS E DOCUMENTOS
PESSOAS JURÍDICAS E PROTESTOS DE TÍTULOS

Tabellião: 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

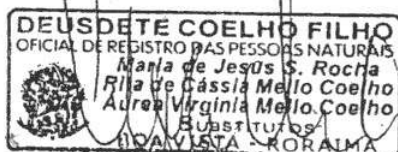
Avós maternos: **JOSÉ BATISTA DE AQUINO**
COSMA MAGALHÃES DA SILVA

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. Nadia 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJVW3 X49S9 C2TLC 9FBF3

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Sebastião Eduardo da Silva Figueira
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	jucaimio
IDENTIDADE:	244407
ENDEREÇO:	Alameda dos Tatus nº 715 São Paulo

OUTORGADO

NOME:	João Aécio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	334804
ENDEREÇO:	Rua Antonio 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 Invalidez, vítima: Hugo Eduardo Silva Figueira.

Boa Vista 01-07-2020

LOCAL E DATA

* Sebastião Eduardo da S. Figueira.

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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 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

HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

