

**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:**  
2945481520201230101019

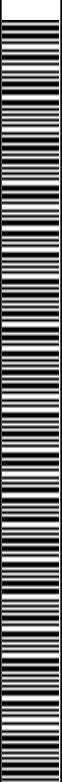
**Processo 0831353-81.2020.8.23.0010** - (21 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (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"/>					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9					
500 por pág.  1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 9	30/12/2020 10:10:19	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		
		9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2775459CONTESTACAO01.pdf	Público
		9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2775459CONTESTACAOAnexo021.pdf	Público
		9.3 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2775459CONTESTACAOAnexo022.pdf	Público
		9.4 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de IVAN LIMA DE SOUSA) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (09/12/2020) e ao evento de expedição seq. 7.			
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de IVAN LIMA DE SOUSA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (09/12/2020)			
<input type="checkbox"/> 8	21/12/2020 00:01:52	<b>CONCEDIDO O PEDIDO</b>	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 7	09/12/2020 23:00:58	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA <b>Analista Judiciária</b>		
<input type="checkbox"/> 6	09/12/2020 21:10:59	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	JARBAS LACERDA DE MIRANDA <b>Magistrado</b>		
<input type="checkbox"/> 5	08/12/2020 16:52:17	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b>	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 4	08/12/2020 16:52:17	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b>	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 3	08/12/2020 16:52:17	Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 2	08/12/2020 16:52:17	4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 1	08/12/2020 16:52:16	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Thiago Amorim Dos Santos <b>Advogado</b>		













HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PREScrição MÉDICA (4)



GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		09/04/20	DH	09/04/20	DN	11/04/20
PACIENTE	<i>Juan Lima de Souza</i>					
DIAGNÓSTICO	<i>+X suspeita de infarto</i>					(1)
ALERGIAS	HAS	N	DM2	N		
IDADE	37	LEITO		DATA	09/04/20	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					<i>7am</i>
2	AVP					<i>muita</i>
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H					<i>26/12.7C</i>
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					<i>de</i>
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					<i>7a</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU ICP 50MG VO DE 8/8H SE DOR					<i>2</i>
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					<i>7a</i>
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					<i>7a</i>
9	TILATIL 20MG EV 12/12H					<i>7a</i>
10						
11						
12	SSVV + CCGG 6/6H					
13						
14	<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML; GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANIQTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORÁDO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS.

SINAIS VITAIS				<i>Bruno Vieira</i> CRM 1231 RR Médico Residente Ortopedia e Traumatologia	
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					

Anexo I

BPA TRANSF: 09/04/2020

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde		Identificação do Paciente	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
NIR			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente		6 - Nº OO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		178939	
IVAN LIMA DE SOUSA		7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	
703506048395730		8 - DATA DE NASCIMENTO	
11/11/1982		9 - SEXO	
Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
Joséfa Lima de Souza		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		Nº DO TELEFONE	
Belfort		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
Belfort		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
RN		51111-000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Tornozeleira arroxada metacôndilo e apresen- ta dor intensa no tornozeleira (D) fratura suspeita.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Máximo de 10 cm			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Rx & Ex. FRCO			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	
Fratura subcondilaria no fêmur (D)		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEIMENTO SOLICITADO			
Intervenção Hospitalar			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
Onco		28 - DOCUMENTO	
( ) CNS		( ) CPF	
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
Dr. Vitor RAMACER			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
09/04/2020		Bruno Vieira CRM 1231 RR Médico Residente Ortopedia e Traumatologia	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - Nº DO BILHETE	
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		38 - CNPJ EMPRESA	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		40 - CNAE DA EMPRESA	
( ) EMPREGADO		( ) EMPREGADOR	
( ) AUTÔNOMO		( ) DESEMPREGADO	
( ) APOSENTADO		( ) NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	
( ) CNS		( ) CPF	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
( ) CNS		( ) CPF	
47-DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DD CONSELHO)	
/ /		/ /	

07/08/2020

NIR

...: Laudo Para Solicitação De A. I. H. :: Transf: 16/07/2020

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>							
Identificação do Estabelecimento de Saúde									
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR</b>						2 - CNES 231965-9			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR</b>						4 - CNES 231965-9			
Identificação do Paciente									
5 - NOME DO PACIENTE <b>IVAN LIMA DE SOUSA</b>						6 - N.º DO PRONTUÁRIO 00178939			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 703506048395730			8 - DATA DE NASCIMENTO 11/11/1982			9 - SEXO 1 - Masculino	10 - RAÇA / COR PARDA	11 - ETNIA 10,1	
11 - NOME DA MÃE <b>JOSEFA LIMA DE SOUSA</b>						12 - TELEFONE DE CONTATO (95) 99122-4350			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL <b>IVAN LIMA DE SOUSA</b>						14 - TELEFONE DE CONTATO (95) 99122-4350			
15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BARRITO) <b>RUA: FRANCISCO ANACLETO DA SILVA - 1787 -- ALVORADA</b>						16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>BOA VISTA</b>	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 140010	18 - UF RR	19 - CEP 69.317-286

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Pelecic com febre Sintomas gripais  
Fevereira há 6 meses*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*CHV610*

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

*R. Ro  
Refere*

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA  
**CIRURGIA GERAL**

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
**ELETIVO**

31 - DOCUMENTO  
**C. N. S.**

32 - N.º DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE  
**201561850530005**

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

**CARLOS ENRIQUE LA ROSA RODRIGUEZ**

16/07/2020

*Carlos Enrique La Rosa  
CRM-Medico*

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)**

36 -  ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N.º DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 -  ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 -  ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N.º DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**16/07/2020**

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

*04080506/6  
5722*

*W499*



GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## BOLETIM OPERATÓRIO

### BOLETIM OPERATÓRIO

Traen fleso

Data: 16/07/2020 O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

### RELATÓRIO CIRÚRGICO

Incisão lateral + 25 cm  
Dissecção x plano  
Encontro - 5º Fox em processo consolidação  
Retrato do Calo ossos  
Redutor -  
Sobrevivência com placa DCS 12 Furos  
+ Dif. Port. 505  
Fechamento x plano

Carlos Enrique La Rosa  
Médico  
CRM-RR 463

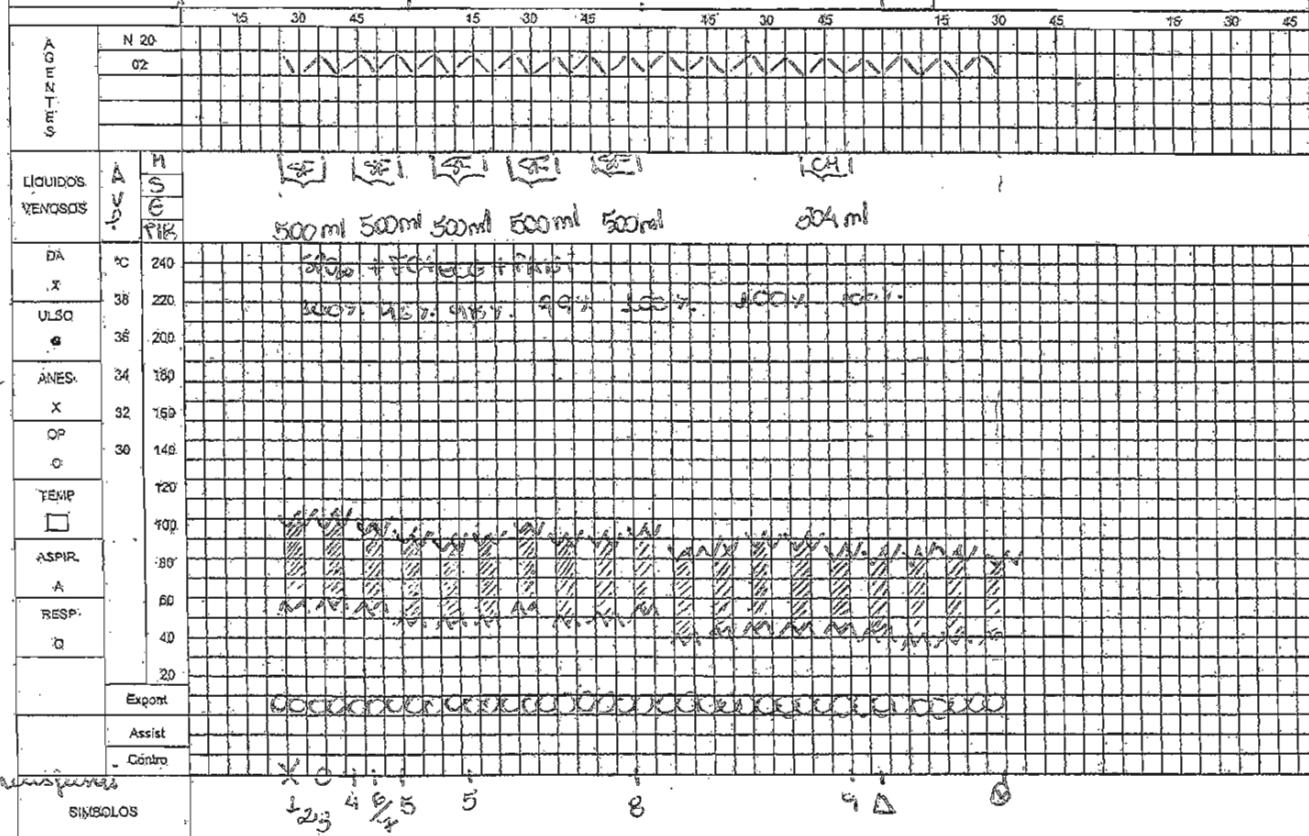


**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
— “Amazonas Patrimônio dos Brasileiros” —

## FICHA DE ANESTESIA

Ivan Lima de Souza

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO  
 \* Fentanyl 50mcg 6/  
 \* Diclofenac 25mg 6/  
 15:00 16:00 17:00 18:00  
 N° Boa Vista - 26  
 16.07.2020



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Bupivacaína 20 mg SA		Racineauterica Lomba	# Check kit + monitorização (SP02, ECG + PAN.)
B Malina 80 mg SA		bisbarrica simili com	
C		Ventilações experientes	
D			
E			
F			
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cálcio - Naso / Oto/Faringea Naso / Crotáqueo - Cora Bal + Tamp - Calibre do Tubo Sob Máscara	i) Aspiração + contraspiração da região lombosacra com alcool à 20% + colocação de canudos esterilizados.
SANGUE	304 ml	Dificuldade Técnica	j) Função lombosacra L7/S1 caia aquela ECG (Oxiuk) saída de líquor claro, normotensão + ejeção de bupivacaína (P) + morfina 80 mcg
	50,9% x 2500 ml		
TOTAL	2804 mL	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			Laringo - Espiáno - Edema Secre Dopressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
Osteomítece de hóteira de febre Direito			Hemorragia - Acrânia Brad Taquicardia - Chocque
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIO	PERDA SANGUÍNEA
Dr. Michel Resende - Andrade		Dr. Carlos Enrique M. Jesus	

Dr. Michel Moraes Moura  
Médico Anestesiologista  
CRM - RR 1106 / RQE: 124

Digitized by srujanika@gmail.com

3) Amoxicilina + clavulano  
1g + 200 mg s/

Digitized by srujanika@gmail.com

4) a)  $\sin \theta = \frac{1}{\sqrt{2}}$  na 3V

4) *asprogen* now my  
5) *Chloro* - 10

5) *Eudonia* no mg ev

6) Diazepam 2.5 mg SI

?) Fentanyl 75 mcg IV

8) P = 100; E = 100; S =

20.000000, in mas, 67



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA		
Ivan Lima de Souza			16/107/2020		
CIRURGIA					
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO				
Ressecção de Fratura do Femur. Direto	INICIO 15:54	FIM 16:36	TEMPO TOTAL		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO De Carlos Enrique	ANESTESISTA: Dr Michel + Andreza	RES. ANESTESIA: Dr Andreza			
1º AUXILIAR De Geraldo	INSTRUMENTADOR Babita				
2º AUXILIAR	CIRCULANTE Lourdes + Ramundo				
TIPO DE ANESTESIA: Ketamina	TEMPO DE DURAÇÃO:				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL N° 0	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 3/0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
1	LÂMINA BISTURI N° 22			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUCÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°		1	FIO SEDA N° 3/0 Balão colutorio 500ml	
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL 500 ml	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSO - Alveol 250ml	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA N°	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	Isletaderm		1	OUTROS: catadura de cera com 1 cateter fles	
1			1	Desgerante 250ml	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Rebeca Carla	MATERIAL MEDICAMENTOS			SUB- TOTAL
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA			SOMA
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

**ESTADO DE RORAIMA**  
**"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"**

**CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS**

ESTADO DE RORAIMA

\*AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS

#### **E RECOMMENDATION**

## CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

ESTABELECIMENTO DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS						
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: <i>Ortopedia</i>		Procedimento Realizado: <i>ost. de Frat. do Femur D</i>		
Nome do Paciente: <i>Ivan Lima de Souza</i>		IDADE:	SEXO: F ( ) M ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Nº do Prontuário	Data <i>16/07/2010</i>	
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala <i>04</i>		Circulante de Sala: <i>Katia + Reamundt</i>	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: <i>Membos Inferior + perfurador + placas especiais</i>						

**Dados dos materiais/Serviços**

Hospital Geral de Roraima (x)	Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT
C1	Almofada de luxo	01
C2	Retrátilo suspensor luxo 38, N° 55 / N° 60	1
C3	Retrátilo cinturão N° 54	1
C4	II II N° 36	1
C5	II II N° 38	1
C6	II II N° 40	1
C7	II II N° 44	1
C8	Retrátilo ajustante N° 89	1

MÉDICO CIRURGÃO: *Carlos P. /* 1º AUXILIAR:

Carlos Enrique La Rosa  
Médico

## 1º AUXILIAR:

## INSTRUMENTADORES

CRM-RR 482

177

~~ome da Emp~~

THENA 114

MÉDICO CIRURGÃO: \_\_\_\_\_ 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

## INSTRUMENTADOR:

1º VIA - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º QPMF/CME

Hospital Geral de Roraima

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gómes, 3308, Aeroporto

CEP 69.310-005 • Boa Vista - Roraima - Brasil

CEG 893 W-805 Baa  
Fone: (9xx) 2121 0637

Email: [cmharm@gmail.com](mailto:cmharm@gmail.com)



SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



Enfermeiro (a): *Jeferson*

Hora: 15 : 30 Data: 16 / 01 / 2020

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO E CHECAGEM	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Queda	Prevenir queda	<input checked="" type="checkbox"/> Manter grades elevada na RPA	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração	Prevenir aspiração	<input checked="" type="checkbox"/> Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutir na RPA	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção	Prevenir infecção evitável	<input checked="" type="checkbox"/> Observar condigão de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos	Mantener o equilíbrio hidróico, eletrolítico e ácido – básico	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia)	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Glicemia Instável	Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)	
<input checked="" type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	Propiciar a recuperação adeuada da pele	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca)	
<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade Física prejudicada		<input checked="" type="checkbox"/> Realizar controle de débito de glicemias capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo se 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Alergia		<input checked="" type="checkbox"/> Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações	
<input checked="" type="checkbox"/> Dor aguda	Controle da dor e promover conforto	<input checked="" type="checkbox"/> Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções	
<input checked="" type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz	Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	<input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar alinhamento do corpo do paciente	
<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas	Controle / Ausência de náusea	<input checked="" type="checkbox"/> Observar, anotar e comunicar queixas de alergia	
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade	Controle de ansiedade	<input checked="" type="checkbox"/> Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração)	
<input checked="" type="checkbox"/> Confusão Aguda / Crônica		<input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação conforme prescrição médica	
<input checked="" type="checkbox"/> Comunicação Verbal prejudicada		<input checked="" type="checkbox"/> Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar	
		<input checked="" type="checkbox"/> Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica	
		<input checked="" type="checkbox"/> Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas	
		<input checked="" type="checkbox"/> Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição	
		<input checked="" type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
		<input checked="" type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
		<input checked="" type="checkbox"/> Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM			
<i>Abon na 509 pt. Pracelmo ortopédico eleito, lívio e orientado, sem queixas, submetido a Regional 2 Região e SIA c/ Dr Michel e Andreia, procedimento realizado c/ Dr Carlos.</i>			
<i>Abo 16/12/2020, pt. Vezzani à SIA.</i>			
			Responsável: <i>[Assinatura]</i>

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjus.br/projudi> - Identificador: PJTIDG DH6FR XDYE2 AUPQA





ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

### LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

#### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome João Batista da Souza  
Responsável Cirurgião Dr. Cirurgião V. G. S. A.

#### ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

Identidade

Sítio Cirúrgico

Procedimento

Consentimento ( Sim) ( Não)

RISCO CIRÚRGICO

Aplica ( Não se Aplica)

SÍTIO DEMARCADO

Sim ( Não) ( Não se Aplica)

#### VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXIMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

#### O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

( Não) ( Sim, Qual: \_\_\_\_\_)

#### VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

Não

( Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

Não

( Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 16/01/2020 Assinatura João Batista da Souza Hora: 18:00

( Sim)

( Não se Aplica)

### LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

#### ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr. Batista da Souza

#### PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

#### SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

I- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

( Sim) ( Não)

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

( Sim) ( Não) ( Não se Aplicam)

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

( Sim) ( Não) ( Não se Aplica)

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

( Sim) ( Não)

4- O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

( Sim) ( Não) ( Não se Aplica)

Assinatura e Carimbo

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

( Sim)

( Não se Aplica)





### BOLSAS DISTRIBUÍDAS PARA PACIENTE

Data: 15/07/2020

#### RECEPTOR

Nome: IVAN LIMA DE SOUZA  
Dt. Nasc.: 25/11/1981

Solicitação: 034527

Data da Solicitação: 15/07/2020

#### EXAMES DO RECEPTOR

Grupo Abo Rh O (+) Coombs Direto - Mono: Poli:  
P.A.I. N Ident. de Anticorpos: Prontuário: 17916  
Leito: 06 HLI  
Enfermaria: BL E Apto. CC HG

#### LIBERAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES - HEMOCENTRO

Nº da Bolsa	Nº do SUS	Hemocomponente	Grupo ABO Rh	P.A.I.	Prova Cruzada		Teste Hemólise	Volume	P. Cruzada (GEL)
					TA	AGH			
0114200623051		CH	O(+)	N		COMPATIVEL	N	304 ml	C

Reação.....

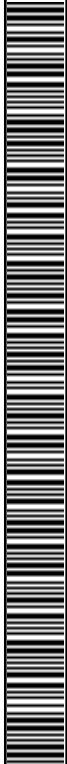
Data/Hora Início.....

Data/Hora Fim.....

Unidade Solicitante : CC

R eponsável:

Jane CAF/BL 280







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

Pelo exposto, eu LUANA AMORIM DE SOUSA NOPEs

inscrito (a) no CPF/CNPJ 2943163825, 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

IVANIMA DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 881759793, 725,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima IVANIMA DE SOUSA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 881759793, 725, 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>R: SDPM. JACINTO SILVA</u>	Número:	<u>359</u>	Complemento:
Bairro:	<u>CARANÁ</u>	Cidade:	<u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69313572</u>
E-mail:	<u>LUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM</u>	Tel. (DDD):	<u>95</u>	<u>991168367</u>

Local e Data:

BOA VISTA, 26/10/2020.

Assinatura do Declarante

14/08/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 05/2020 referente a UC: 539180



## 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: 5241601

**ANTONIO LOPES DA S FILHO**

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,  
CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>539180</b>	MÊS <b>05/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>23-APR-20 a 21-MAY-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>1141</b>	VENCIMENTO <b>17-JUN-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 932,19</b>

### OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO

**539180**

MÊS

**05/2020**

TOTAL A PAGAR

**R\$ 932,19**

83680000090.321900750001.000000000539.918005200053





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

881759793726 IVAN LIMA DE SOUSA

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

IVAN LIMA DE SOUSA

5 - CPF:

881759793726

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

R. JORGE DIAS CARNEIRO 3084

9 - Número:

3084

11 - Bairro:

ANJORADA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69317232

15 - E-mail:

IVANNA.SOUZA73@GMAIL.COM

16 - Telef. PDD:

95991168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: [ ]

CONTA: [ ]

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 00034816

[ ]

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado/Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

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

28 - Vítima  Sim  Não teve filhos, informar Vivos: Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vainas)?  Sim  Não

31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data,

BOA VISTA, 26/10/2020.

Ivan Lima de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00013357/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/04/2020 22:33:44 Data/Hora Fim: 11/04/2020 22:33:43  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP Nº 812065 Data: 11/04/2020  
Delegado de Polícia: Darlinda de Moura Santos Viana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 09/04/2020 20:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Dr. Silvio Leite

Logradouro: Rua Expedito Francisco da Silva com Marieta de M. Maques

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: IVAN LIMA DE SOUSA (ENVOLVIDO )		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade: 37
Profissão: Autônomo		
Estado Civil: Solteiro(a)		

Documento(s)

RG: 224702

CPF: 881.759.793-72

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Jorge Dias Cameiro

Bairro: Alvorada

Telefone: (95) 99141-7638 (Celular)

Nome Civil: ALEX BAMBERG DOURADO (ENVOLVIDO )		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade: 41
Profissão: Técnico em Enfermagem		
Estado Civil: Casado(a)		

Documento(s)

RG: 163747

CPF: 700.243.672-49

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Afonso dos Santos Pereira

Bairro: Alvorada

Nº: 34



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00013357/2020-A01

Telefone: (95) 99132-2539 (Celular)

Razão Social: POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE )

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição VEículo Palio	CPF/CNPJ do Proprietário 149.921.322-00
Placa JXS0327	Renavam 00893762423
Número do Motor 178F1011*7151143*	Número do Chassi 9BD17164G72809171
Ano/Modelo Fabricação 2007/2006	Número da Carroceria 78975315
Cor PRATA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo FIAT/PALIO FIRE FLEX
Modelo FIAT/PALIO FIRE FLEX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 07/12/2010	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Alex Bamberg Dourado	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição Motocicleta Honda Biz	CPF/CNPJ do Proprietário 104.541.103-59
Placa NAV7019	Renavam 00180574639
Número do Motor JC42E2A116860	Número do Chassi 9C2JC4220AR116860
Ano/Modelo Fabricação 2010/2009	Cor PRETA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista/RR
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 14/12/2009
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ivan Lima de Sousa	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor(a) delegado(a) segundo o ROP 812065, acionados via Ciops, para atendimento de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal, no local foi constatado os fatos, onde segundo os envolvidos , o item 1 ( Ivan) transitava conduzindo seu V1 ( Honda Biz) pela rua Expedito Francisco da Silva, sentido bairro/Centro quando fez conversão à esquerda para entrar na rua Marieta de Melo Marques, quando houve a colisão com o item 2 (Alex), que transitava na mesma rua, em sentido contrário Centro/bairro, conduzindo seu V2 ( Fiat/Palio). Informo que o item 1 foi atendido por uma equipe do Samu e conduzido em seguida ao pronto socorro estadual com possível fratura, segundo informações repassadas pelos socorristas. Informo ainda que compareceu ao local o perito Cleydson, que fez o levantamento pericial e liberou o local em seguida. Informo ainda que em seguida, ambos os veículos foram autuados por estarem com documentações em atraso (SE00303327 e SE00303303), segundo o item 1, autuado por não possuir CNH (SE 00303238), e o item 2 autuado por estar com sua CNH vencida , há mais de 30 dias (SE 00303328), informo ainda que por não haver guincho disponível , o V2 foi



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00013357/2020-A01

liberado a um condutor habilitado, sendo o item 2 devidamente orientado e liberado no local, ja o V 1 foi recolhido ao pátio do Detran na carroceria da viatura policial, por não haver nenhum responsável/parente do item 1 no local para ficar com a sua motoneta , conforme DRR (D153030910). Informo ainda que não foi possível fazer a apresentação do item 1 ( pelo crime de trânsito previsto no CTB) em virtude do estado de saúde do mesmo, que se encontra em atendimento médico especializado.

ASSINATURAS

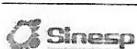
Jorgenir da Silva

Agente de Polícia

Matrícula 42000144

Responsável pelo Atendimento

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



Impresso por: Alessandro José Mendes  
Data de Impressão: 01/06/2020 13:31:28

Página 3 de 3  
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

881759793726 IVAN LIMA DE SOUSA

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

IVAN LIMA DE SOUSA

5 - CPF:

881759793726

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

R. JORGE DIAS CARNEIRO 3084

9 - Número:

3084

11 - Bairro:

AVORADA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69317232

15 - E-mail:

IVANNA.SOUZA73@GMAIL.COM

16 - Telef. PDD:

95991168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 00034816 25

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

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

28 - Vítima  Sim  Não teve filhos, informar Vivos: Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vainas)?  Sim  Não

31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data,

BOA VISTA, 26/10/2020.

IVAN LIMA DE SOUSA

Assinatura da testemunha

38 - 1<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

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: PJ5BH YL7P2 HXQ3 LX9R



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, 29 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200395853

Vítima: IVAN LIMA DE SOUSA

Data do Acidente: 09/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVAN LIMA DE SOUSA

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: IVAN LIMA DE SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000034816-2

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



## BANCO DO BRASIL

### COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: IVAN LIMA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000034816-2

---

---

Nr. da Autenticação AF93C0BC6C3EB109



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: IVAN LIMA DE SOUSA

CARTEIRA DE TRABALHO: 01943 SÉRIE: 0016 UF: MA CPF: 881.759.793-72

Naturalidade: BARRA DO CORDA/MA Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AUTÔNOMO

Endereço: RUA JORGE DIAS CARNEIRO, 1084 - ALVORADA / CEP: 69.317-232

### OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

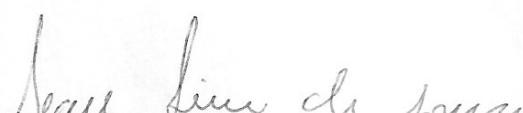
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA Identidade: 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; HOSPITAL DAS CLÍNICAS; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 13 de julho de 2020.

  
Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)



**CARTÓRIO LOUREIRO**  
AV. VILLE ROY, N° 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC. AUTENTICA a(s)assinatura(s)  
BRrgmwh01 - IVAN LIMA DE SOUSA

LS Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade Boa Vista, 20/08/2020  
Emol 2.56 FUNDEIURR 0.26 FISC 0.13 FECON 0.13 ISS 0.13 Selc1.50  
Selo: RECFIR158345K1NAHMBG2N6RP149 N° Ticket: 00018  
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselos.com.br>  
CPF Solicitante: 88175979372

*André G. Sabóia*  
Escrevente Autorizado  
Cartório Loureiro

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: IVAN LIMA DE SOUSA

CARTEIRA DE TRABALHO: 01943 SÉRIE: 0016 UF: MA CPF: 881.759.793-72

Naturalidade: BARRA DO CORDA/MA Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AUTÔNOMO

Endereço: RUA JORGE DIAS CARNEIRO, 1084 - ALVORADA / CEP: 69.317-232

### OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

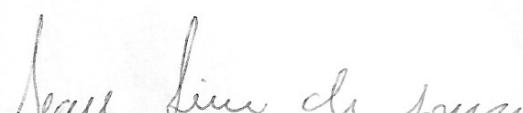
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA Identidade: 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; HOSPITAL DAS CLÍNICAS; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 13 de julho de 2020.

  
Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)



**CARTÓRIO LOUREIRO**  
AV. VILLE ROY, N° 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC. AUTENTICA a(s)assinatura(s)  
BRrgmwh01 - IVAN LIMA DE SOUSA

LS Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade Boa Vista, 20/08/2020  
Emol 2.56 FUNDEIURR 0.26 FISC 0.13 FECON 0.13 ISS 0.13 Selc1.50  
Selo: RECFIR158345K1NAHMBG2N6RP149 N° Ticket: 00018  
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselos.com.br>  
CPF Solicitante: 88175979372

*André G. Sabóia*  
Escrevente Autorizado  
Cartório Loureiro

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314350/20

**Vítima:** IVAN LIMA DE SOUSA

**CPF:** 881.759.793-72

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 09/04/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** IVAN LIMA DE SOUSA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

#### IVAN LIMA DE SOUSA : 881.759.793-72

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/11/2020  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200395853      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVAN LIMA DE SOUSA      **Data do acidente:** 09/04/2020      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 17/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÉMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE (PLACA + PARAFUSOS) (P.5)  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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>

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200395853      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVAN LIMA DE SOUSA      **Data do acidente:** 09/04/2020      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 17/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÉMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE (PLACA + PARAFUSOS) (P.5)  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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>

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200395853      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVAN LIMA DE SOUSA      **Data do acidente:** 09/04/2020      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 17/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÉMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE (PLACA + PARAFUSOS) (P.5)  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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>

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314350/20

**Vítima:** IVAN LIMA DE SOUSA

**CPF:** 881.759.793-72

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 09/04/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** IVAN LIMA DE SOUSA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

#### IVAN LIMA DE SOUSA : 881.759.793-72

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/11/2020  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



A heavily blurred and overexposed photograph of a business card. The text 'SISTEMAS DA FABRICA' and 'Software para Indústria' is visible at the top, followed by a large, illegible section of text. Below this is a smaller section with the words 'SISTEMA DE CADASTRO DE' and 'SISTEMA DE CADASTRO DE'. At the bottom left, it says 'Sistemas da Fabrica' and has a large, prominent barcode.