
Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681235

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 27/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681235

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 27/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681235

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 27/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000041544-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 151.038.462-68 4 - Nome completo da vítima: Raimundo Renato Ribeiro da Silva

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

5 - Nome completo: Raimundo Renato Ribeiro da Silva 6 - CPF: 151.038.462-68
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua Edmilson Jose Costa 9 - Número: 788 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Equatorial 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-314
15 - E-mail: ridoavista.pendencia@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 95199117-5392

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: 0653 CONTA: 41544 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 10 SET 2019

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e duração das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 Lider 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, RR 21 de Agosto 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Raimundo Renato Ribeiro da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

001/003/2010

TESTEMUNHAS

10 SET 2019



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

06 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 494 - Boa Vista - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020006/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/07/2019 12:28 Data/Hora Fim: 04/07/2019 12:51
Origem: Polícia Judiciária Data: 04/07/2019
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 27/04/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RR-205

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Brejo Sexo: Masculino Nasc: 12/11/1951
Profissão: Pedreiro Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Viúvo(a)
Nome da Mãe: Raimunda Ribeiro da Costa Nome do Pai: Severo Pereira da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 151.038.462-68

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Edmilson José da Costa
Complemento: Casa
Bairro: Equatorial
Telefone: (95) 98102-4972 (Celular)

Nº: 738

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 151.038.462-68	Placa NAQ-4013
Renavam 01081940279	Número do Motor KD08E1G205445
Número do Chassi 9C2KD0810GR205520	Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD
Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Raimundo Nonato Ribeiro da Silva	Proprietário



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020006/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado Nº 03185783190, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta de sua propriedade devidamente descrita acima, onde se deparou com uma manada de bois, vindo a colidir em um. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido por um equipe do SAMU até o HGR, para atendimento médico. Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

04 JUL 2019

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Raimundo Nonato Ribeiro da Silva

Raimundo Nonato Ribeiro da Silva
(Vítima / Envolvido / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) titular responsável pelas informações acima asseritadas 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."



Escolha a(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

1 - R\$ (do sinistro de ASI):

3 - CPF da vítima:

151.038.462-68

4 - Nome completo da vítima:

Raimundo Renato Ribeiro da Silva

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

5 - Nome completo:

Raimundo Renato Ribeiro da Silva

6 - Profissão:

Condutor

7 - Endereço:

Rua Edmilson José Costa

11 - Cidade:

Capitão

12 - Estado:

Paraíba

13 - CEP:

55.317-344

14 - R\$ (do sinistro de ASI):

738

15 - R\$ (do sinistro de ASI):

151.038.462-68

16 - Nome completo do Representante Legal (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTÃO A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - CPF do Representante Legal:

18 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, sob 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\$ 0,00 A R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00

☐ R\$ 2.501,00 A R\$ 5.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (342)

☐ Banco do Brasil (003)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (bancos comerciais)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0053

CONTA: 44544

AGÊNCIA:

CONTA:

Informar o dígito verificador

Informar o dígito verificador

Autorizo a Seguradora LIDER a consultar na internet esta informação, de acordo com a Lei nº 12.730/2012, a fim de identificar a vítima do sinistro e a vítima do sinistro, reconhecendo a dívida, desde que a seguradora não se responsabilize por danos materiais ou morais decorrentes do acidente de trânsito, conforme o art. 6º, inciso IV, da Lei nº 12.730/2012, e a seguradora não se responsabilize por danos materiais ou morais decorrentes do acidente de trânsito, conforme o art. 6º, inciso IV, da Lei nº 12.730/2012.

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 exercer o trabalho habitual por motivo de invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme o art. 6º, inciso IV, da Lei nº 12.730/2012, e a seguradora não se responsabilize por danos materiais ou morais decorrentes do acidente de trânsito, conforme o art. 6º, inciso IV, da Lei nº 12.730/2012.

☐ NÃO há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza análises para fins do Seguro DPVAT, ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de exercer o trabalho habitual por motivo de invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme o art. 6º, inciso IV, da Lei nº 12.730/2012, e a seguradora não se responsabilize por danos materiais ou morais decorrentes do acidente de trânsito, conforme o art. 6º, inciso IV, da Lei nº 12.730/2012.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ 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 tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tiver filhos, informar:

30 - Vítima deixou assinatura?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tiver irmãos, informar:

33 - Vítima deixou assinatura?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, o indenizável do Seguro DPVAT por invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme o art. 6º, inciso IV, da Lei nº 12.730/2012, e a seguradora não se responsabilize por danos materiais ou morais decorrentes do acidente de trânsito, conforme o art. 6º, inciso IV, da Lei nº 12.730/2012.

34 - Nome legível de quem assina a ficha/pedido

35 - CPF legível de quem assina a ficha/pedido

36 - Assinatura de quem assina a ficha/pedido

37 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunho

38 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Paraíba, PE 24 de Agosto 2019

Raimundo Renato Ribeiro da Silva

Assinatura do Vítima/Beneficiário (se houver)

43 - Assinatura da Seguradora (se houver)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

CONFERE COM O ORIGINAL



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



Anderson Teixeira Siqueira
Médico Enfermeiro SAMU
COREN/RR 4.19.12

UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE: TE TEIXEIRA, CARVALHO MALLIN

Paciente: RAYMUNDO NONATO KUBITZ DA SILVA Idade: 65 Sexo: M ☐ F
Nacionalidade: Brasileira Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia
Endereço: RR-205 - LACERDADE SÍTIO
Ponto de referência: RUA VILA TARDIN

Nº da Ocorrência: 5727 DATA: 27/09/19 ACIONAMENTO: 08:09
Médico (a) Regulador (a): ANOTE HORA CHEGADA NO LOCAL (JH): 08:23

MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	MOTO/BICICLETA	VIOLÊNCIA	OUTROS
☐ Atropelamento	☐ Com capacete	☐ Agressão Física	☐ Acidente de Trabalho
☐ Capotamento	☐ Queda de moto	☐ Espancamento	☐ Local ☐ Trajeto
☐ Colisão X	☐ Bicicleta	☐ FAF	☐ Queda, Alt. Aprox.
☐ Motorista	☐ queda de Bicicleta	☐ Tentativa de suicídio	☐ Acidente Doméstico
☐ Passageiro Dianteiro		☐ Violência Doméstica	☐ Queimadura Agente
☐ Passageiro Traseiro		☐ Violência Sexual	☐ Agressão p/ anim
			☐ Outros:

AValiação INICIAL

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
☐ Apnéia	☐ Abolida	☐ Arritmico	☐ AVDN
☐ Bradipnéia	☐ Ferida Aspirativa	☐ Ausente	☐ DNV
☐ Dispnéia	☐ Hipertimpanismo	☐ Bradicardia	☐ Miose
☐ Eupneico	☐ M.V. Ausente	☐ Enchimento capilar > 2s	☐ Midríase
☐ Obstruída	☐ M.V. Diminuído	☐ Taquicardia	☐ Anisocoria
☐ Resp. Ruidosa	☐ Maciez		☐ Alcoolizado
☐ Taquipnéia			

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A. mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR
Início 08:30	16/180	96	26	94	-	10		
Fim :	1							

AValiação SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Tórax	Abdome
☐ Cianótica	☐ Afundamento	☐ Contusão	☐ Desvio da traqueia	☐ Escoriações	☐ Distendido
☐ Corada	☐ Contusão	☐ Escoriações	☐ Enfisema Sub-Cutâneo	☐ Lacerações	☐ Doloroso
☐ Fria	☐ Escoriação	☐ Lacerações	☐ Escoriações	☐ Resp. paradoxal	☐ Em tábua
☐ Pálida	☐ Fer. Penetrante	☐ Ferimento ocular	☐ Hematoma	☐ Tamponamento	☐ Escoriações
☐ Quente	☐ Hematoma		☐ Lacerações	☐ Tórax instável	☐ Evisceração
☐ Úmida	☐ Laceração				☐ Lacerações

Membros

Pelve	Coluna Dorsal	Membros
☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Fratura
☐ Escoriações	☐ Hematoma	☐ Amputação
☐ Dor	☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa	☐ Esmagamento
☐ Instabilidade	☐ Deformidade	☐ Avulsão

AValiação CARDÍACA

AValiação CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PRECEDE
☐ Ritmo Sinusal	☐ Cardiovascular	☐ Aborto
☐ Taquicardia	☐ Metabólica	☐ Digestiva
		☐ Endócrina
		☐ Alergias
		☐ Cardiopatia
		☐ Psicóticas

CONFERE COM O ORIGINAL

Coord. Geral de Atendimento SAMU 192

Coord. Geral de Atendimento SAMU 192

Coord. Geral de Atendimento SAMU 192

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: 10/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000041544-0

Nr. da Autenticação 8E5B5147817F6F2F



Para conferir
consulte o número
nesta página



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 661 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1
Registro Especial de Impressão Autorizada pela GERAZ 366/13

Nº da Nota Fiscal

002910752

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

PERÍODO DE FATURAMENTO	DATA DE FATURAMENTO	VALOR DA FATURA	VALOR DO PAGAMENTO
MAR/2019	06/06/2019	362	374,28

RENIR OLIVEIRA DA SILVA
R. EDMILSON JOSE COSTA 738 EQUATORIAL
CPF: 00066105927215
CEP: 69.317-314 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.11.15/100

DESCRIÇÃO DO CONSUMO	VALOR	DESCRIÇÃO DO CONSUMO	VALOR
Atual:	68618	Atual:	21/05/2019
Anterior:	68256	Anterior:	18/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	18/06/2019
Consumo Mensal:	362	Emissão:	20/05/2019
Consumo Faturado:	362	Apresentação:	21/05/2019

NORMAL

33

Classe/Subclasse	Uso	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Mês 12 meses
RESID. Bx. RENDA	BI	2823025	N 142682	1.4.1.2	512

PERÍODO DE FATURAMENTO	VALOR	PERÍODO DE FATURAMENTO	VALOR
ABR/19	612	CONSUMO	30 A R\$ 0,262144 = 7,86
MAR/19	509		70 A R\$ 0,449385 = 31,45
FEV/19	299		120 A R\$ 0,674084 = 80,89
JAN/19	532		142 A R\$ 0,748975 = 106,35
DEZ/18	517	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	50,23
NOV/18	573	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 12/18-00	0,55
OUT/18	640	DOAÇÃO LBV - 0800 0555099	6,00
SET/18	581	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 12/18-00	9,32
AGO/18	670	MULTA POR ATRASO DE 12/18-00	3,03
JUL/18	276	JUROS DE MORA POR ATR 12/18-00	1,39
		MULTA POR ATRASO 12/18-00	8,81
		PARCELAMENTO DE DÉBITO 10/10	69,27
		JUROS DE MORA DE IMPO 12/18-00	18,21
		ILUMINAÇÃO PÚBLICA	30,45

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes./Ano Valor R\$ 04/2019 603,28
O valor da fatura é de R\$ 603,28, sendo que o valor de R\$ 30,45 refere-se à multa por atraso de 12/18-00, que não é cobrada em caso de pagamento em dia. O valor de R\$ 18,21 refere-se aos juros de mora de 12/18-00, que também não é cobrado em caso de pagamento em dia. O valor de R\$ 8,81 refere-se à multa por atraso de 12/18-00, que também não é cobrada em caso de pagamento em dia. O valor de R\$ 9,32 refere-se à correção monetária IG 12/18-00, que também não é cobrada em caso de pagamento em dia. O valor de R\$ 6,00 refere-se à doação LBV - 0800 0555099, que também não é cobrada em caso de pagamento em dia. O valor de R\$ 0,55 refere-se à correção monetária DA 12/18-00, que também não é cobrada em caso de pagamento em dia. O valor de R\$ 50,23 refere-se à subvenção baixa renda, que também não é cobrada em caso de pagamento em dia. O valor de R\$ 106,35 refere-se ao consumo de 142 A R\$ 0,748975, que também não é cobrado em caso de pagamento em dia. O valor de R\$ 80,89 refere-se ao consumo de 120 A R\$ 0,674084, que também não é cobrado em caso de pagamento em dia. O valor de R\$ 31,45 refere-se ao consumo de 70 A R\$ 0,449385, que também não é cobrado em caso de pagamento em dia. O valor de R\$ 7,86 refere-se ao consumo de 30 A R\$ 0,262144, que também não é cobrado em caso de pagamento em dia.

Declaro que não tenho débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 8289.0224.13E8.543A.00F7.4512.CE52.7D96

DESCRIÇÃO DO CONSUMO	VALOR	DESCRIÇÃO DO CONSUMO	VALOR
Distribuição:	58,21	Base de Cálculo:	226,55
Energia:	123,42	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	38,51
Encargos:	6,41	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	38,51	Valor do COFINS:	0,00

9,24 13,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
3,04 5,00 1,23

FLORESTA

03/2019

167,0x

ROT: 8.001.16.11.15/100



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez 661 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0094396-7

TOTAL A PAGAR R\$

374,28

MÊS FATURADO

05/2019

VENCIMENTO

06/06/2019

Nº da Nota Fiscal:

002910752 FCM

83620000003 9 74280075000 9 000000000094 3 39670519008 2



S&Q: 00306 UC: 0094396-7 DT.LEIT.: 21/05/2019 T.ENTR.: 00
LEITURA: 68618 NORMAL TOTAL: 374,28 CARGA: 009
DT.VENC.: 06/06/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1271

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Ené Garcez, 661 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Ené Garcez, 661 - Boa Vista - RR

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003121638

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

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	11/07/2019	705	579,07

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO
AV GEN ATAIDE TEIVE 2748 02 LIBERDADE
CPF: 00024172596215
CEP: 69.309-000 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.02.027408

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	41300	Atual:	24/06/2019
Anterior:	40595	Anterior:	27/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/07/2019
Consumo Medido:	705	Emissão:	19/06/2019
Consumo Faturado:	705	Apresentação:	24/06/2019
	FCAM		
	NORMAL		28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	11EDB04342	N 1525102	1.1.1.2	916

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mes/ano consumo	
MAI/19 881	CONSUMO 705 A R\$ 0,773664 = 545,43
ABR/19 1051	ILUMINACAO PUBLICA 33,64
MAR/19 903	
FEV/19 1039	
JAN/19 816	
DEZ/18 893	
NOV/18 1035	
OUT/18 1086	
SET/18 823	
AGO/18 955	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 705 - 0,534620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes./Ano Valor R\$ 05/2019 729,98
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/07/2019, em função das contas reavizadas desta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e se reavizáveis no valor de R\$ 805,79 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO 4CAD.F901.9153.C487.3F30.E303.A9CD.F457

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS-TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	138,49	Base de Cálculo:	545,43
Energia:	293,68	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	92,72
Encargos:	15,25	Valor do PIS:	0,93
Tributos:	98,01	Valor do COFINS:	4,36

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor
9,24	18,49	36,99	8,46	16,52	33,84	4,99	
0,00			0,00			0,00	

FLORESTA

04/2019 344,83

ROT: 5.001.12.02.027408

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR



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

Denilze Correia Pintas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.057.152/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Raimundo Nonato Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 151.038.462/68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Raimundo Nonato R. da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 151.038.462/68, 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. General Ataíde Teive</u>	Número: <u>2448</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Boa Vista</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ludirboavista.pendencia@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.309.000</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>

Local e Data:

Boa Vista - RR 21 de Agosto 2019

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Instituto Geral de Roraima - IGAR/PAAR/PAUL
Av. Brigadier Eduardo Gomes 3368

1501102453 27/04/2015 08:48:01 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLÓGICA DIÁRIO 07:45

Paciente: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA Data Nascimento: 12/11/1951 Idade: 67 A 5 M 15 D CNR: 702008897311888 CPF: 15103846268

Tipo Dia: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Nacionalidade: BRASILEIRA

IDENTIDADE: 5058314 SSP/PA 07/04/2006 M SOLTEIRO/APARDA

Mãe: RAIMUNDA RIBEIRO A COSTA Pai: SEVERO PEREIRA DA SILVA Contato: (95) 98102-4972 Ocupação:

Endereço: RUA - JOSE EDMILSON DA COSTA - 738 - EQUATORIAL - BDA VISTA - RR

Causa do Recv: Plano Operatório: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Nº da Certidão: Validade: Autenticada: Sis. Hospitalar:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Data de Atend: 27/04/2015 Local de Atendimento: URGÊNCIA Procedência: Torna: Foco: Pressão:

Sinal: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Exame de Entrada Sol: Registrado por: LEANDRO

Queixa Principal: Q 6 SET 2015 Sndrome Febre: 1 Sintomas Respiratório: 1 Suspeita de Dengue:

Anamnese do Enfermagem: GENTE SEGURADORA S/A GSC 10:12:54 RM:12:34:3 SMO:12:34:3

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: 08:45) 144x100 mmHg 5802.97f. "Colisão moto x vaca"

Exame Físico: Refere dor torácica e costal esquerda e 15. Trauma torácico.

SANT - Exames Complementares: () RAO-X () ULTRA SDR () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS

PRESCRIÇÃO: APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

1) Discrepância Ref (EU) 10/05/2015

Atendimento (torácica) 10/05/2015

Conduta: () Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Referência () Transferência para: Análise ortopedica

óbito: () Amputação () Desmamação (Alé 24h) () Informação

Arco de 1º Atendimento: () Sim () Não Destino: () Família () ML Atendimento Psicológico

Assinatura do Paciente ou Responsável: Caminho e Assinatura do Médico:

Exatidão por laudat: Data Hora: 27/04/2015 08:53:22

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

LICR

LICR

BLOCO B

Alto 04.05.19

Identificação do Paciente

RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

70200816373016818 12/11/1981

RAIMUNDA RIBEIRO A COSTA

1 - NOME DO RESPONSÁVEL

2 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL

BOA VISTA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO MOTO X ANIMAL (VACA), TRAUMA TORÁCICO CONTUSO COM PRESENÇA DE HEMOPNEUMOTÓRAX À DIREITA

AS ACIMA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTÚDO NÃO VERIFICADO
26 SET 2019
CENTO SEGURADORA S/A
R. Celso de Figueiredo, 100 - São Paulo - SPÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTÚDO NÃO VERIFICADO
18 SET 2019
CENTO SEGURADORA S/A
R. Celso de Figueiredo, 100 - São Paulo - SP

PÓS-TRAUMA HEMOPNEUMOTÓRAX

PROCEDIMENTO SOLICITADO

to para internar em UBS

Clínica Geral

Chirurgia Geral

Chirurgia de Emergência

Chirurgia de Especialidade

Chirurgia de Especialidade

Chirurgia de Especialidade

Chirurgia de Especialidade

Chirurgia de Especialidade

Chirurgia de Especialidade

Chirurgia de Especialidade

Chirurgia de Especialidade

Chirurgia de Especialidade

Chirurgia de Especialidade

Chirurgia de Especialidade

Chirurgia de Especialidade

Chirurgia de Especialidade

AUTORIZAÇÃO

1 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

2 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

3 - DATA DA SOLICITAÇÃO

4 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

5 - DATA DA INTERNAÇÃO

6 - DATA DA ALTA

7 - DATA DO LAUDO

04/2080166
5272
4295



214-1

NOME: Raimundo Renato Ribeiro da Silva ALERGIA: NÃO: ☒ SIM: ☐

1. Diagnóstico Edema agudo de pulmão LEITO: 10 GT: 10 DATA: 27/04/19

2. Avulso

3. Exatidão de EV 6h/6h HD: 10 HEMOPNEUMOTÓRAX À

4. Opções de EV de 4/4h DIRIGIDA

5. Prescrição de EV de 8/8h SN Dr. Fernando

6. Exatidão de EV de 8/8h de 2m falta no item 15 SN

7. Exatidão de EV de 8/8h de 2m falta no item 15 SN

8. Exatidão de EV de 8/8h de 2m falta no item 15 SN

9. Exatidão de EV de 8/8h de 2m falta no item 15 SN

10. Exatidão de EV de 8/8h de 2m falta no item 15 SN

11. Exatidão de EV de 8/8h de 2m falta no item 15 SN

12. Exatidão de EV de 8/8h de 2m falta no item 15 SN

13. Exatidão de EV de 8/8h de 2m falta no item 15 SN

14. Exatidão de EV de 8/8h de 2m falta no item 15 SN

15. Exatidão de EV de 8/8h de 2m falta no item 15 SN

16. Exatidão de EV de 8/8h de 2m falta no item 15 SN

17. Exatidão de EV de 8/8h de 2m falta no item 15 SN

18. Exatidão de EV de 8/8h de 2m falta no item 15 SN

19. Exatidão de EV de 8/8h de 2m falta no item 15 SN

20. Exatidão de EV de 8/8h de 2m falta no item 15 SN

21. Exatidão de EV de 8/8h de 2m falta no item 15 SN

22. Exatidão de EV de 8/8h de 2m falta no item 15 SN

23. Exatidão de EV de 8/8h de 2m falta no item 15 SN

1. 1. SET 2019

2. 2. SET 2019

3. 3. SET 2019

4. 4. SET 2019

5. 5. SET 2019

SINAIS VITAIS

LEITO

USUÁRIA Regular

TCMA

CCARRO

INSULINA

Glucose SCS de 100 EV

100 - SC

120 - SC

140 - SC

160 - SC

180 - SC

200 - SC

220 - SC

240 - SC

BIB 214-1

Anotações de Enfermagem



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

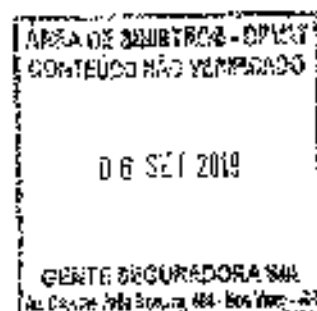


Descrição de Procedimento

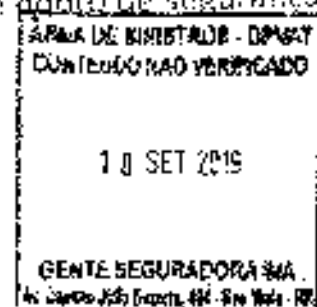
Nome: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Profissionais: Dr. MÁRCIO FREIRE

Data: 27/04/2019



- 1- Paciente em DDH + Assepsia e Antissepsia.
- 2- Anestesia Local em 5º LIC, na linha axilar média, em hemitórax DIREITO superficial e profunda.
- 3- Incisão respeitando o sentido das costelas em 5º espaço intercostal E.
- 4- Divulsão com Kelly Curva sobre a borda superior da costela inferior, elevando até a cavidade torácica, dissecação com avaliação digital com saliente e sem e sangue.
- 5- Passagem de tubo fenestrado nº 36 em sentido pósterior superior.
- 6- Conexão do tubo ao sistema lechado em solo d'água com saída de ar.
- 7- Fixação do tubo à pele com Nylon 1 (ponto em "U") e ponto de segurança com fio Nylon 1.
- 8- Limpeza local e curativo oclusivo.
- 9- Dreno funcionando (oscilante)
- 10- Raio-X de Tórax de controle solicitado.



Dr. Fernando Carlos Martins Ferreira
Cirurgião Oncológico de
S. Cabeça e Pescoço
CRM/RN: 11403

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME: Raimundo Nonato Ribeiro da Silva

LEITO: 214.1

DATA: 28/04/19

1	Dieta oral livre								
2	AVP								
3	Dipirona 1gr, EV, 4/4h								HD
4	Plasil 10 mg EV 8/8 h SN								DR
5	Orndasetrona 4mg EV 8/8h, se em falta de PLASIL****								
6	Tamial 100mg + SFE 9% 15ml EV 8/8h								
7	Captopril 25 mg vo sc PAS ≥ 160mmHg E/OU PAD ≥ 110mmHg								
8	Inulina Regular e/ou GH 50% conforme esquema								
9	Curativo diário								
10	ANCIAR DÉBITO E ASPECTO DO DRENDO								
11	SSV + CC66								
12	Insulina Regular								
13	Insulina Regular								
14	Insulina Regular								
15									
16									

SINAIS VITAIS

HORARIO

12H

18H

24H

06H

DEXTRO

Glucose 50% 40 ml EV

INSULINA

DIETAS

CHAMAR PLANTONISTA

PA

118/78

119/86

120/90

120/90

201-250

02 UI - SC

04 UI - SC

06 UI - SC

08 UI - SC

TEMPERATURA

36°C

36,3°C

36,3°C

36,3°C

36,3°C

36,3°C

36,3°C

36,3°C

36,3°C

DIURESE

200 ml

200 ml

200 ml

200 ml

200 ml

200 ml

200 ml

200 ml

200 ml

EVACUAÇÃO

200 ml

200 ml

200 ml

200 ml

200 ml

200 ml

200 ml

200 ml

200 ml

CURATIVO

200 ml

200 ml

200 ml

200 ml

200 ml

200 ml

200 ml

200 ml

200 ml

28/04/19 DT: 27/04/2019
 Remuneração Mensual R\$ 1.710,00
 27/04/19

12/1/15
 672
 MEDICO PRECEPTOR
 MEDICO RESIDENTE

Bloco B
 LOTO: 214-2
 Dr. Fernando

Arquivo Situação R\$ BTX D

atuação e parcerias
 relações humanas

~~Dr. Fernando~~

Refere desconfiança por parte dos inspetores, bem como a
 desconfiança por parte dos alunos. Também refere

ÁREA DE BIOMÉDICA - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 06 SET 2019
 GENTE SEGURADORA S/A

ÁREA DE BIOMÉDICA - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 10 SET 2019
 GENTE SEGURADORA S/A

Orçamento: sem carga horária, 1 ponto de carga horária (10)

atuação e parcerias, R\$ 1.710,00

PTX seg... serviços florestais no ponto de serviço
 Reforço Sonda 1.000

Distância de 400m (de 100m para 20)

Destinado SUD
 Classe 1.000
 mensalidade R\$ 1.000

Dr. Fernando
 Médico Residente
 27/04/2019

Pablo Antonio Costa
 27/04/2019



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



234-1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MOSE

Raimundo Norberto Ribeiro da Silva

ALERGIA: NÃO ☐ SIM ☐

LEND

210-3

DATA

30/04/19

AD

DETERMINADO EX
Dr. Fernando André

2 AVP

3. Dipirona 3g EV 6/6h

4. Flax. 10 mg EV 8/8h

5. Oncoectone 4mg IV 8/8h, se ausência de Flaxel

6. Titina 100mg + St 0,3% 100 ml 8/8h S/A

7. Cloxare 400mg 1x/die

8. Clozapil 125 mg vo se PAS > 1600 mg L/DU NÃO > 1200 mg

9. Insulina Regular c/ou 0-150% conforme esquema

10. Curativo Plástico

11. ANOTAR OBITO E ASPECTO DO CREMÓRIO

12. SSVM+CCG

Fisio terapia Respiratória

SINAIS VITAIS

HORÁRIO

PA

TEMPERATURA

FC

DIURESE

EVACUAÇÃO

CLINICO

12h

137/80

36,8

90

300

300

24h

137/80

36,8

90

300

300

36h

137/80

36,8

90

300

300

DEXTRO

< 70

< 200

201-250

251-300

301-350

351-400

> 400

Insulina Regular

0,01 - 5C

02 U - 5C

04 U - 5C

06 U - 5C

08 U - 5C

10 U - 5C

12 U - 5C

HORA

DEXTRO

INSULINA

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM



EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

LA A: 03/04/2019	D/HIS: 27/04/19	DN: 12/11/81	ÁREA: Bloco B
NOME: <u>Pedro Paulo Roberto</u>	CAUSE: <u>Acidente</u>	LEITO: 214-2	
DATA DA CIRURGIA: 27/04/2019	Pronto Soc	MÉDICO PRECEPTOR: <u>Dr. Fernando André</u>	
<u>Pronto Soc</u>		MÉDICO RESIDENTE:	

Diagnósticos: <u>Trauma torácico</u>		
Dispositivos:	Antimicrobianos:	Preparado:
SNS	Sufl	
Sonda Vesical		
Tubo de Tórax <u>1 canal, 28F</u>		
Curativo <u>aberto, 12h</u>		
<u>para exatante</u>		

() Paciente sem febre, pele sem intercorrências. Diáfragma, flato e evacuação +, deambulando, agita bem o dia. Sinais vitais: der, úmido, dorável.

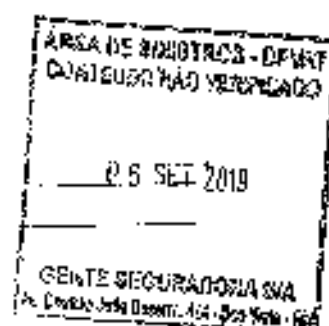
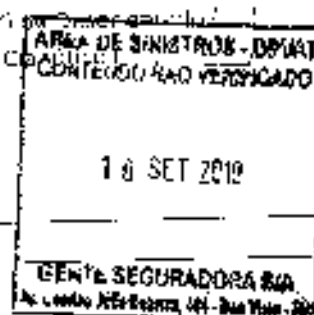
(X) Curativo presente, com um dreno torácico e drenagem de líquido.
Orelha esquerda e direita inspecionadas, limpas e não houve lesões.
Exame Físico: RTG: HFG: / MCG: / Anticárdico: () ou clínico: () / 9
Hidratado (X) ou desidratado: () / 44 / Consciente (X) ou inconsciente: ()
Coração: (X) ou hipocárdico: () / 44 / Admissão (X) ou ()

Ap. Cardiovascular

(X) RCRZ, RCF, sem sopros

() Outros:

() DVAI Quase:



Ap. Respiratório

() MV + Bial: () sem Ruídos Adventícios

(X) Curativo MV + Bialmente discretamente ruídos adventícios
em L2 - SRA

ABD:

() Flácido, sem visceromegalias, HCG, RLA:

(X) Curativo SRA, inspeção abdominalmente ruídos adventícios
em L2 - SRA

EXT:

(X) sem perfuração peritoneal (< 3s), ausência de ecimias Part: () ou ()

() Outros:

III. melhora na expansão no pulmão D. rubor no ressecamento

FO:

PROGRAMAÇÃO:

CO: pronto soc

EXAMES - DA A: / / 19

CB	GV	HS	HT	PLT
UR	CR	TEC	ICP	BO
RI	BT	TA	GCT	TAP
QUINA	CPA	GLC	AMI	LIP

Fábio Aparecido Costa
Méd. 12016-13333
Interno - UFRN

Dr. Jorge Augusto de Sá
Médico Especialista
Cirurgião Geral
C.R.C. 13333



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA



BLOCOS E PAAR

Nome: Raimunda Nonato Ribeiro

Idade: 67 Sexo: M(X) F() Leito: 214-1 Diagnóstico: Hemiparesia motora

①

30/04/19

MANHÃ

TARDE

30/04/19 - Pac. encontra-se orientada, colaborativa, eufórica, com ar ambiente AP-MV() + nas AITX para R A uso de drenos de tórax ocultos com débito sangüíneo, SPMs preservadas, deambula com dificuldade, refere dor nas pernas e deambular (SIC). Foi submetida a fisioterapia motora e respiratória - sem intercorrência.

Profissional:

Profissional:

1407574

MANHÃ

TARDE

02/05/19 - Pac. submetida a fisioterapia motora e respiratória. sem intercorrência.

Profissional:

Profissional:

Rafaela Lopes Ferreira
Fisioterapeuta
CREFI 0042574



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº

Versão: 03

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente: Raimundo Nogueira Ribeiro da Silva

IDR

Leito: 243Data: 30/04/2015

Localização

Região 1. CoxaGrav: () I (x)

Etiologia

- () SLP III IV V* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
 () Outro:

Aparição do
Leito

- () Necrose Amarel/Negra () Esfáceo () Charbão () Epitelização
 () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros
 () Morte () Morte () Seta () Eritema / Rubor
 () Outro:

Pele Perioral

Tipo do Exsudato

Quantidade de

Exsudato

Solução de

Limpeza

Cobertura
primária

Técnica

Profissional que
realizou
procedimento

Observações



Região: _____

Grav: () I () II ()

- () SLP III IV V* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
 () Outro:

- () Necrose Amarel/Negra () Esfáceo () Granulação () Epitelização
 () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

- () Norma () Morto () Seta () Eritema / Rubor
 () Outro:

- () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Soco
 () Outro:

- () Molhado () Úmido () Seco

- () Soco Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

- () Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidroge
 () Outro:

() 12/12

() 12/12

() 48/48h

Simplicio F. de S. A.
Téc. em Enfermagem
CRP 000000000000000Téc. em Enfermagem
CRP 000000000000000



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



02/05/19
04:30
Cirurgia

CIRURGIA GERAL

ALERGIA: NÃO ☐ SIM: ☐

NOME

Raimundo Nonato Ribeiro da Silva

LEITO

214-1

DATA

01/05/19

1 Dose oral livre

2 AVE

3 Dor por 1g EV 6/6h

4 2x 10 mg EV 8/8h

5 Ondansetrona 4mg EV 8/8h, se ausência de vômito

6 Fome 100mg - ST 0,5% 100 ml 8/8h 5/N

7 Clonidine 0,2mg 2x/c

8 Clonidine 0,2mg 2x/c - PAS 2 150mmHg / 100mmHg

9 2x 10mg Regular e/ou 5-150% conforme esvaziamento

10 Curativo D'ágar

11 Fisioterapia Respiratória

12 ANOTAR DÉBITO E ASPECTO DO DRENADO

SSVV+CCGG

SINAIS VITAIS

DEXTRO

Insuficiência Renal

HORA

DEXTRO

INJEÇÃO

PA

120

80

74

80

72

100-50

100-50

100-50

100-50

PA

118/44

80

74

80

72

100-50

100-50

100-50

100-50

TEMPERATURA

35,8

36,1

36,3

36,4

36,5

36,6

36,7

36,8

36,9

FR

18

18

18

18

18

18

18

18

18

INSUFICIÊNCIA

1

1

1

1

1

1

1

1

1

EVACUAÇÃO

1

1

1

1

1

1

1

1

1

CHAMADA

1

1

1

1

1

1

1

1

1

Arrobações de Enfermagem

Politrauma +
neoplasma de
Dr. Fernando André



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME

Raimundo Nonato Ribeiro da Silva

LEITO

214-1

DATA

02/05/19

Dieta oral livre

2 AVP

HO

Película na 1
ortopneumotórax
Dr. Fernando André

3 Dipirona 1g IV b/b

4 Plase 10 mg EV 8/8h

5 Oncaseltora 4mg. IV 8/8h, se ausência de PASI

6 Traite 100mg - SF 0.9% 100 ml 8/8h S/N

7 Cefazone 40mg 1x/dia

8 Capapril 25 mg vo se PAS $\geq$ 160mmHg L/CU PAO $\geq$ 110mmHg

9 Insulina Regular e/ou Gl 10% conforme esquete

10 Medicamento Diário

11 Fisioterapia Respiratória

12 ANOTAR DÉBITO E ASPECTO DO DRENCO 1x/dia

ISSV+CCGG

SINAIS VITAIS

HORARIO

12h

18h

24h

6h

DEXTRO

Insulina Regular

HORA

DEXTRO

INSULINA

PA

142 X 100

133 X 80

133 X 80

133 X 80

< 70

Cilicose 50% 40 ml EV

FC

92

91

91

91

221-270

0.7 UI - SC

TEMPERATURA

35.6

35.6

35.6

35.6

25.1-30.0

0.4 UI - SC

HR

79

79

79

79

307-350

0.6 UI - SC

PLUZZEE

35-400

0.8 UI - SC

FUNCÇÃO

24-30

CILICASE PLANTON S.A

CLÍNICO

38h: foi administrado as

medicações dos dias

3, 4.

Dr. Fernando André



Unidade de Referência em Farmácia
 Diretoria de Farmácia
 10000

Nome: DAIMUNDO MONATO BIBEIRO
 Idade: 24-5

Sexo: M
 Data: 02/05/09

Localização:



Raça: TOBAXO



Região:

Estado:

() Leste () Centro () Sul () Oeste
 () Nordeste () Sudeste () Centro-Oeste () Sul
 () Norte () Centro () Sudeste () Sul () Oeste

() Leste () Centro () Sul () Oeste
 () Nordeste () Sudeste () Centro-Oeste () Sul
 () Norte () Centro () Sudeste () Sul () Oeste

Atividade:

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto

Atividade:

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto

Atividade:

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto

Atividade:

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto

Atividade:

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto

Atividade:

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto

Atividade:

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto

Atividade:

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto

Atividade:

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto

Atividade:

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto

() Normal () Moderado () Alto () Muito Alto
 () Normal () Moderado () Alto () Muito Alto



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

DATA	EVOLUÇÃO
02/05/19 Bloco B leito 214	Paciente <u>Priscilla Mendes Nogueira da Silva</u>, sexo <u>masculino</u>, <u>67 anos</u>, <u>D.N. 22/04/39</u>, <u>Paciente</u> <u>crônico</u>, <u>com</u> <u>história</u> <u>de</u> <u>doença</u> <u>em</u> <u>apex</u> <u>de</u> <u>H78D</u> <u>oscilante</u>, <u>sem</u> <u>barbent</u>, <u>com</u> <u>seguia</u> <u>sanguinolenta</u> <u>com</u> <u>debito</u> <u>de</u> <u>150 ml</u>, <u>AVP</u> <u>em</u> <u>norma</u>, <u>ECG</u> <u>normal</u>, <u>membranas</u>, <u>compensado</u> <u>A.A.</u>, <u>respiração</u> <u>em</u> <u>crônica</u>, <u>taxa</u> <u>asimétrica</u>, <u>expansibilidade</u> <u>e</u> <u>irregularidade</u> <u>diminuída</u> <u>em</u> <u>H78D</u>, <u>sem</u> <u>desaforte</u> <u>respiratório</u>, <u>sem</u> <u>tosse</u>, <u>AP - MV</u> <u>diminuída</u> <u>em</u> <u>H78D</u> <u>em</u> <u>base</u> <u>em</u> <u>RA</u>, <u>hemodinâmica</u>, <u>Normotensão</u>, <u>ADMI</u> <u>normal</u> <u>em</u> <u>norma</u>, <u>Força</u> <u>muscular</u> <u>preservada</u>, <u>sem</u> <u>presença</u> <u>de</u> <u>edema</u> <u>em</u> <u>presença</u> <u>de</u> <u>exacerbação</u> <u>sem</u> <u>comissão</u> <u>D.</u> <u>Conduta</u> <u>fisioterapêutica</u> <u>em</u> <u>Exercícios</u> <u>de</u> <u>Expansão</u> <u>pulmonar</u> <u>Alto</u> <u>com</u> <u>inspiração</u> <u>normal</u>, <u>exercício</u> <u>de</u> <u>suspiro</u> <u>com</u> <u>expiração</u> <u>em</u> <u>conduta</u> <u>resposta</u> <u>em</u> <u>sem</u>. <u>SGV</u> <u>normal</u> - <u>T=37°C</u> <u>FC=88 bpm</u> <u>FR=24 ipm</u> <u>PA=12/8</u> <u>SGV</u> <u>normal</u> - <u>T=37°C</u> <u>FC=90 bpm</u> <u>FR=26 ipm</u> <u>PA=12/8</u> <u>Acadêmica</u> <u>Uso</u> <u>Vente</u> <u>RA</u> <u>34460</u>. <u>Assinatura</u> <u>Ananda Carla Oliveira Rodrigues</u> <u>Fisioterapeuta</u> <u>CREFITO 12/263302-F</u>



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



214-1

CIRURGIA GERAL

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME

Raimundo Ngonato Ribeiro da Silva

LEITO

214-1

DATA

04/05/19

1. Dieta oral laxativa

2. AVP

Fotografia +
hemograma, toráx
Dr. Fernando André

3. Dipirona 1g EV 6/8h S/N

4. Plasil 10 mg EV 8/8h S/N

5. Ondasetrona 4mg EV 8/8h, só ausência de Plasil

6. Carbital 100mg + ST 0,5% 100 ml 8/8h S/N

7. Cloxane 40mg 1x/dia (adicionar gelo focal antes e após)

8. Cefotaxim 750 mg sc PAS 2 1600 mg EV/OU PAS 2 1600 mg

9. Insulina Regular ou/ou GII 50% conforme esquema

10. Não trocar curativo ocular

11. Fisioterapia respiratória

12. SSVV+COGC

Alta suspensiva

SINAIS VITAIS

110BPM

120

130

20

98

DEXTRO

Insulina Regular

MOEA

DEXTRO

INSULINA

PA

120

130

20

98

DEXTRO

Insulina Regular

MOEA

DEXTRO

INSULINA

TEMPERATURA

36

120

20

98

DEXTRO

Insulina Regular

MOEA

DEXTRO

INSULINA

FR

120

130

20

98

DEXTRO

Insulina Regular

MOEA

DEXTRO

INSULINA

DIURÉTICO

120

130

20

98

DEXTRO

Insulina Regular

MOEA

DEXTRO

INSULINA

EVACUAÇÃO

120

130

20

98

DEXTRO

Insulina Regular

MOEA

DEXTRO

INSULINA

CLIMATIZADO

120

130

20

98

DEXTRO

Insulina Regular

MOEA

DEXTRO

INSULINA

Anotações da Enfermeira



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que a Sr. RAIMUNDO Nonato Ribeiro da Silva deu entrada no dia 27/04/2019 no serviço de cirurgia geral do Hospital Geral de Roraima e recebe alta hoje dia 04/05/2019 pelo serviço da Cirurgia Geral do HGR, devendo ficar afastado de suas atividades laborais por 30 (trinta) dias.



Dr. Jorge Carlos F. Lima
Médico Residente
Cirurgia Geral
HGR
Médico(a)



Bom Vista-RR, 4 de maio de 2019.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA



SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

NOME: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA
DATA DA INTERNAÇÃO: 27/04/2019
DATA DA ALTA: 04/05/2019
CIRURGIA: DRENO DE TORAX A DIREITA
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: DR FERNANDO ANDRE

ÁREA DE REGISTROS - DEPARTAMENTO
CONTÉNGO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

AGENTE SEGURADORA SIA
Dr. Carlos João Basso, CRM: 100.100.000

DIAGNÓSTICO:

Trauma torácico - Hemopneumotorax Direita - fratura de clavícula D - fratura de arcos

TRATAMENTO:

Toracocentese em sítio d'água + suporte clínico durante.

EVOLUÇÃO:

Evoluiu sem intercorrências, queixando do dor em clavícula e em quadril, aceitando bem dieta boa diurese, fezes.

ORIENTAÇÃO:

- 1- Retornar ao pronto socorro se intercorrências (por exemplo: falta de ar, febre, dor forte, vômitos, diarreia)
- 2- Dieta líquida (alimentação normal)
- 3- Lavar a Ferida operatória (cortes) com água e sabão/sapãoete e manter limpa e seca.
- 4- Retirar os Pontos com 10 dias no posto da saúde.

ÁREA DE REGISTROS - DEPARTAMENTO
CONTÉNGO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

AGENTE SEGURADORA SIA
Dr. Carlos João Basso, CRM: 100.100.000

Dr. João Carlos Basso
Médico Responsável

Boa Vista-RR, 4 de maio de 2019

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

1208695438

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5058314 SSP/PA

CPF
151.038.462-68

DATA NASCIMENTO
12/11/1951

FILIAÇÃO
SEVERO PEREIRA DA SILVA
A
RAIMUNDA RIBEIRO DA COSTA

PERMISSÃO
ACE
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03185783190

VALIDADE
14/01/2019

1ª HABILITAÇÃO
02/02/2004

OBSERVAÇÕES

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Soares, 404 - Boa Vista - RIO

LOCAL
REDENCAO, PA

DATA EMISSÃO
22/02/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

53355569109
PA248636154

DETRAN-PA (PARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

1208695438

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Soares, 404 - Boa Vista - RIO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

905314502

PROIBIDO PLASTIFICAR

905314502

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

NOME
DENILZE CORREA DANTAS



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
3142655 SSP RR

CPF
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO
08/03/1979

FILIAÇÃO
JOSE DE SOUZA CORREA
EVANGELINA LOBATO DA
SILVA

PERMISSÃO

ACC

CATAMB

3

Nº REGISTRO
04953412311

VALIDADE
20/08/2019

1ª HABILITAÇÃO
31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Dantas

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
25/08/2014

59564648026
RR207683212

Denilze Correa Dantas
Diretor - Presidente
DETRAN RR

DETRAN-RR (RORAIMA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CARTILHA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CDT/DETRAN
01 01081940279
EXERCÍCIO 2017

RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

151.038.462-68

PLACA ANT/UL

MA8A013

RR

PAS/MOTOCICLETA/MAG APL. 15
ALCO/GASOL

HONDA/MXR160 BROS ESDB

2P/0162CC/

CATEGORIA
PARTICU
VERMELHA

1 *PAG08

VENO COTA UNICA

19 *****

V *PAG08 COTA UNICA

29 *****

SEGI 107081855107/02/07/2017

AL-FID

PROF. DE C/DESA/ROBIA HONDA LTD *
Diretor Presidente

BDA VISTA-RR

10/07/2017

ÁREA DE AVALIAÇÃO
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CARTILHA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CDT/DETRAN
01 01081940279
EXERCÍCIO 2016

RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

151.038.462-68

PLACA ANT/UL

MA8A013

PAS/MOTOCICLETA/MAG APL. 15

HONDA/MXR160 BROS ESDB

2P/0162CC/

CATEGORIA
PARTICU
VERMELHA

1 *PAG08

VENO COTA UNICA

19 *****

V *PAG08 COTA UNICA

29 *****

SEGI 107081855107/02/07/2017

AL-FID
PROF. DE C/DESA/ROBIA HONDA LTD *
Diretor Presidente

BDA VISTA-RR

31/03/2016

ÁREA DE AVALIAÇÃO
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31/03/2016

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313160/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

CPF: 151.038.462-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/04/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
RIBEIRO DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA : 151.038.462-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2019
Nome: DENILZE CORREA DANTAS
CPF: 792.657.152-00

DENILZE CORREA DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681235 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA E ARCOS COSTAIS DIREITOS.

Descrição do exame físico: APRESENTA ÇICATRIZ DA DRENAGEM EM FACE LATERAL DO TÓRAX, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM CLAVÍCULA DIREITA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA CLAVÍCULA E ARCOS COSTAIS DIREITOS, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO PARA A FRATURA DA CLAVÍCULA, DRENAGEM TORÁCICA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECU DEFICIÊNCIA NO OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681235 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO TORÁCICO (HEMOPNEUMOTÓRAX À DIREITA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM). P.4 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: % SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681235 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO TORÁCICO (HEMOPNEUMOTÓRAX À DIREITA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM). P.4
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: % SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Raimundo Nonato Ribeiro da Silva
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Vivo
PROFISSÃO: Pedreiro RG: 505831-4 SSP/PA
CPF: 151.038.462-68
ENDEREÇO: R. Edmilson José Costa, 738 B. Equatorial
VÍTIMA: Raimundo Nonato Ribeiro da Silva
CPF: 151.038.462-68 DATA DO ACIDENTE: 27/04/19
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE



PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista, RR de 05 de JULHO de 2019.



Raimundo Nonato Ribeiro da Silva
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313160/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

CPF: 151.038.462-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/04/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
RIBEIRO DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA : 151.038.462-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2019
Nome: DENILZE CORREA DANTAS
CPF: 792.657.152-00

DENILZE CORREA DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681235 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA E ARCOS COSTAIS DIREITOS.

Descrição do exame físico: APRESENTA CICATRIZ DA DRENAGEM EM FACE LATERAL DO TÓRAX, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM CLAVÍCULA DIREITA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA CLAVÍCULA E ARCOS COSTAIS DIREITOS, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO PARA A FRATURA DA CLAVÍCULA, DRENAGEM TORÁCICA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190681235
Nome do(a) Examinado(a):	RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA EDMILSON JOSÉ DA COSTA 738 EQUATORIAL
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	151.038.462-68
Data e local do acidente:	27/04/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 06/01/2020

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/ANIMAL COM FRATURA DE CLAVICULA D + COSTELAS D

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DA CLAVÍCULA + DRENAGEM TORÁCICA; FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

OMBRO D: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM CLAVICULA D COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ELEVAÇÃO

TÓRAX D: PRESENÇA DE CICATRIZ DE DRENAGEM EM FACE LATERAL D, SEM ALTERAÇÃO ANATOMO FUNCIONAL LOCAL

IV) Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

OMBRO D: ALTERAÇÃO ANATOMO FUNCIONAL MODERADA

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): OMBRO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR