

Operação realizada com sucesso. Protocolo:  
3360611020220201182413

## Processo 0800461-24.2022.8.23.0010 ☆ - (22 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Selos:

Simplificar: <https://simplificar.tjrr.jus.br/fluxos-da-area-judicial>

### Pendências

Intimações aguardando cumprimento: Ver Intimação Evento de 12/01/2022 - Prazo: 25/01/2022 à 14/02/2022 (15 dias):  
Cumprir Prazo CONCEDIDO O PEDIDO

#### Informações Gerais

#### Informações Adicionais

#### Partes

#### Movimentações

#### Apensamentos (0)

#### Vínculos (0)

#### Realces

Realçar Movimentos de:  Magistrado  Servidor  Advogado  Membro MP  Defensor  Procurador  Outros  Audiência

Ocultar Movimentos:  Inválidos  Sem Arquivo  Hab. Provisória

#### Filtros

Movimentado Por:  Advogado  Advogado NPJ  Entidades Remessa  Magistrado  Procurador  Servidor

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

Descrição:

14 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 14

500 por pág. ▾

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	
<input type="checkbox"/>	14	01/02/2022 18:24:13	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
14.1	Arquivo: Contestação	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2851566CONTESTACAO01.pdf	Público
14.2	Arquivo: Anexo 02	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2851566CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
14.3	Arquivo: kit seguradora	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
13	13/01/2022 16:09:34	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 24/01/2022 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (11/01/2022) e ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
12	13/01/2022 15:11:53	RENÚNCIA DE PRAZO DE INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDÃO Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (11/01/2022)	Wallyson Barbosa Moura Advogado	
11	13/01/2022 15:11:48	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDÃO ) em 24/01/2022 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (11/01/2022) e ao evento de expedição seq. 8.	Wallyson Barbosa Moura Advogado	

# ITAÚ UNIBANCO S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341                      AGÊNCIA: 0477                      CONTA: 000000078857-4

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	16/09/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

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

CLIENTE: INGRID ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000033411-8

---

---

Autenticação:

6B7A7BBEDF27657A7B736BE639E96368A69530414EE114275DA82C7468192DED



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210217231 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO **Data do acidente:** 28/12/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

**Data da análise:** 13/09/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO FÊMUR DIREITO (PG 1)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** BAM PG 1  
PG 3 - CIRURGIA  
PG 14 - EVOLUÇÃO

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>





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

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210217231

Vítima: INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO

Data do Acidente: 28/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO

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 joelho 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: INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000033411-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 028.276.502-66 4 - Nome completo da vítima: Ingridi Alessandra dos S

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: Ingridi Alessandra dos Santos 6 - CPF: 028.276.502-66  
 7 - Profissão: \_\_\_\_\_ 8 - Endereço: R: José Aleixo 9 - Número: 2148 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: Boca Branca 12 - Cidade: Boca Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-272  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel (DDD): 99113-3853

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 8526 CONTA: 33411 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nasoturo (se 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 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 - \_\_\_\_\_  
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boca Vista RR 06 de Setembro 2021

INGRIDI ALESSANDRA  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Goncal  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ5PD R79FD TGTNU ZUJ9R





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00035830/2021

#### DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/08/2021 16:00:19 Data/Hora Fim: 30/08/2021 16:09:07  
Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

#### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Plantão Central  
Data/Hora do Fato Início: 28/12/2020 18:00  
Data/Hora do Fato Fim:

#### Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Cambará  
Logradouro: Av. General Ataíde Teive  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1195: ACIDENTE DE TRÂNSITO AUTO LESÃO	Veículo

#### ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO (VÍTIMA , COMUNICANTE )  
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 11/06/2000 Idade 21  
Profissão: Autônomo  
Estado Civil: Solteiro(a) Naturalidade: Manaus - AM  
Nome da Mãe: Ingridi Rozangela Silva dos Santos Nome do Pai: José Ricardo Maciel Brandão

#### Documento(s)

RG: 306862-5  
CPF: 028.276.502-66

#### Endereço

Município: Boa Vista - RR Nº: 404  
Logradouro: Vila jardim  
Bairro: Cidade Satélite  
Telefone: (95) 99177-7902 (Celular)

#### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 586.365.442-20	Placa NAM8565
Renavam 00209422785	Número do Motor KC15E5A095675
Número do Chassi 9C2KC1550AR095675	Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor VERMELHA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 01/07/2021	Situação do Veículo RENAINF - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC ULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



Impresso por: Hualacy Seelg Soares de Souza  
Data de Impressão: 30/08/2021 16:09:10

Página 1 de 2  
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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: PJ5PD R79FD TGTNU ZUJ9R





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00035830/2021

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ingridi Alessandra dos Santos Brandao	Proprietário

### RELATO/HISTÓRICO

Sr.(a) Delegado (a) a comunicante entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP, através do número telefônico: (95) 99177-7902 para relatar o seguinte fato: QUE no dia 28/12/2020, por volta das 18h:00min da noite, a comunicante conduzia sua motocicleta particular, de marca HONDA/CG 150 FAN ESI, de placa NAM-8565 em via pública pela Av. General Ataíde Telve, no bairro Cambará/RR/BV; QUE no decorrer dessa avenida, inesperadamente, um carro, fechou a frente da comunicante; QUE a comunicante tentou desviar, porém a motocicleta foi raspando com a lateral do veículo; QUE o lado direito da comunicante foi imprensado e esmagado durante a colisão; QUE no final a comunicante foi arremessada de sua motocicleta; QUE devido a isso a comunicante acabou sofrendo diversas lesões e fraturas por toda extensão do corpo; QUE a comunicante ficou imóvel no local do acidente esperando por socorro; QUE após isso a comunicante foi socorrida por transeuntes que ali estavam; QUE uma médica que estava no local a paisana, foi de encontro a comunicante e realizou os primeiros socorros; QUE essa mesma médica com auxílio de outros transeuntes colocaram a comunicante no veículo da médica; QUE a comunicante foi levada para o Hospital Cosme e Silva e posteriormente para o Hospital Geral de Roraima, onde recebeu o devido tratamento médico (**Documentação médica em Anexo**).

**QUE a comunicante externa que somente registrou esse B.O na data de hoje (30/08/2021) para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.**

**QUE a comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para a comunicante que ela poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.**

### ASSINATURAS

Hualacy Seelig Soares de Souza  
Chefe de Seção  
Matrícula 020110664  
Responsável pelo Aterramento

Ingridi Alessandra dos Santos Brandao  
Vítima, Comunicante

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



Impresso por: Hualacy Seelig Soares de Souza  
Data de Impressão: 30/08/2021 16:09:10

Página 2 de 2  
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Gerado por Sinesp Segurança



Documento assinado eletronicamente, via Gov.BR, por **HUALACY SEELIG SOARES DE SOUZA**,  
Responsável pelo Atendimento, em 30/08/2021 às 17:09:34, horário de Brasília.

O sigilo deste documento é protegido e controlado pela Lei Nº 12.527/2011. A divulgação, a revelação, o fornecimento, a utilização ou a reprodução desautorizada de seu conteúdo, a qualquer tempo, meio e modo, inclusive mediante acesso ou facilitação de acessos indevidos, constituem condutas ilícitas que ensejam responsabilidades penais, civis e administrativas.



A autenticidade do documento pode ser conferida no link:

<https://seguranca.sinesp.gov.br/sinesp-assinador/public/verificar.jsf>

Informe o código verificador (MAC): **6F992G5** e o código CRC: **3292465125PP**

*Este documento ainda poderá receber assinaturas.*

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5PD R79FD TGTNU ZUJ9R





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 028.276.502-66 4 - Nome completo da vítima: Ingridi Alessandra dos S

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: Ingridi Alessandra dos Santos 6 - CPF: 028.276.502-66  
 7 - Profissão: \_\_\_\_\_ 8 - Endereço: R: José Aleixo 9 - Número: 2148 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: Boa Branca 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-272  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel (DDD): 99113-3853

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 8526 CONTA: 33411 8

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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoturo (se 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 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista RR 06 de Setembro 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
 INGRIDI ALESSANDRA

43 - Assinatura do Procurador (se houver)  
 William Goncal

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





**RORAIMA ENERGIA S.A.**  
 Av. Candeia Flor Garcia, 497 - Centro - Boa Vista - RR  
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.987.507-2

Para consultar com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

**SEU CONSUMO**  
0088449-9

Nº DA NOTA FISCAL: 5217117 FCAH\*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela LRF nº 18.438 de 22 de abril de 2022

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2021	11/09/2021	263	160,88

**FERNANDO SILVA DOS SANTOS**  
 CPF: 00002827666260  
 R. JOSE ALEXO 2145 2 - ASA BRANCA  
 CEP: 69.112-272 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA			
Atual:	18/08/2021	Anterior:	19/07/2021
Emissão:	17/08/2021	Apresentação:	18/08/2021
		Próxima leitura:	17/09/2021
		Dias de consumo: 30	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo:	1-4.1.2	Classer/Subclasse:	RESID. BX. RENDALT	Ligação:	TDB2041462
Número Medidor:	TDB2041462	Faturamento:	NORMAL	Modalidade:	CONVENC

DADOS DA LEITURA (KWH)								
	KWH TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	KWH 1 PONTA	INJETADO 1 PONTA	KWH INTERMED.	INJETADO INTERMED.	KWH RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	576							
Leit. Anterior	313							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	263							
Faturado	263							

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	20 A R\$ 0,233216 =	6,99
	70 A R\$ 0,399807 =	27,98
	120 A R\$ 0,599710 =	71,96
	43 A R\$ 0,666349 =	28,65
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA		39,66
TOTAL ENCARGOS		29,07
TOTAL DEVOLUÇÃO		3,77

OUTRAS INFORMAÇÕES	
Mês de emissão: 08/2021 Mês de vencimento: 09/2021 Data de emissão: 17/08/2021 Data de vencimento: 11/09/2021 Valor da conta: R\$ 160,88 Valor do resíduo: R\$ 0,00 Valor do encargo: R\$ 29,07 Valor da devolução: R\$ 3,77 Valor a pagar: R\$ 160,88	Média 12 meses: 245



Mês	Consumo (KWH)
AGO/20	284
SET/20	209
OUT/20	172
NOV/20	233
DEZ/20	269
JAN/21	116
FEV/21	272
MAR/21	300
ABR/21	280
MAI/21	283
JUN/21	233
JUL/21	300
AGO/21	263

**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

O LIGANTE ASSINADO DIGITALMENTE EM 16/01/2021 ÀS 15:21:53 PARABENS! Até o dia 17/08/2021, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.



13/04/2021

Via de Pagamento para o mes/ano: 04/2021 referente a UC: 703494



### 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: 7352708

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

LAURA MOREIRA

69318050 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>04/2021</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>10-MAR-21 a 08-APR-21</b>
CONSUMO (kWh) <b>559</b>	VENCIMENTO <b>06-MAY-21</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 357,99</b>

#### OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



### RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>04/2021</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 357,99</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836000000031.579900750004.000000000703.349404210057



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: PJ5PD R79FD TGTNU ZUJ9R





### DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 612/2020

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 | Canal de Denúncia: 0800 021 91 35

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu WILLIAM GONÇALVES FRANCO

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

Ingrid Alessandra dos Santos Brandão inscrito (a) no CPF sob o nº 028.276.502 / 66

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Ingrid Alessandra dos Santos Brandão

Inscrito (a) no CPF sob o nº 028.276.502 / 66 conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:

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

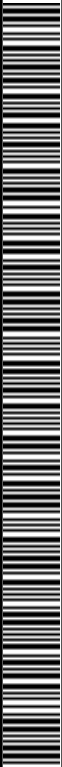
Recuso informar

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: <b>RUA CC - 11</b>		Número: <b>294</b>	Complemento: <b>CASA</b>
Bairro: <b>LAURA MOREIRA</b>	Cidade: <b>BOA VISTA</b>	Estado: <b>RR</b>	CEP: <b>69.318-050</b>
E-mail: <b>wfranco992@gmail.com</b>		Tel.(DDD): <b>(95) 99113-3855</b>	

Local e Data: Boa Vista RR 30 de Agosto de 2021

William Gonçalves Franco  
Assinatura do Declarante









GÓVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

# BOLETIM OPERATÓRIO

\_\_\_\_\_

Ingrid Alessandra  
Dos Santos Brancelos

**BOLETIM OPERATÓRIO**

Data: 28/12/20 O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de Fêmur Distal (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: tratamento cirúrgico fratura de fêmur distal (D)

TIPO DE INTERVENÇÃO: ligadura

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O normal

CIRURGIÃO: Dr. Patrick 1º AUXILIAR: Dr. Odinechi Bz

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_

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

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

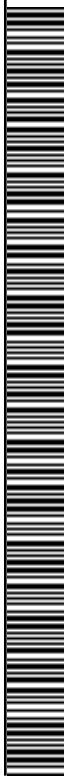
**RELATÓRIO CIRÚRGICO**

- 1) Paciente em D.D.H. Sob anestesia
- 2) Inspeção e Antropometria
- 3) colocação de campos estéreis
- 4) redução momentânea + fixação transosteal com fixador externo
- 5) controle radiológico
- 6) Z.M.C
- 7) curativos
- 8) R.P. &

*Patrick Roberto Dose*  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM/ROR 1562-ROE 184

*Dr. Odinechi Okemiri*  
Residente Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1851 - RR

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ5PD R79FD TGTNU ZUJ9R







ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

**ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA**

**ANTES DA INCISÃO**

**ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES**

Nome Wesley Aparecido dos Santos Bonfim  
Responsável Cirurgião

Anestesiista Dr. Rca. José Lindgren

**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

OXÍMETRO 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 SANGÜÍNEA > 500 ml

- Não  Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 08/02/2022 Assinatura Paulo Lima Hora: 08:32

**PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)**

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:  Sim  Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- Não se aplica  Sim, Qual: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- Sim  Não se aplica

**SALIDA (Sala Pós Operatória)**

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  Sim  Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  Não se Aplicam  Sim  Não

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO  Não  Sim

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE  Sim  Não  Não se Aplica

Assinatura e Carimbo  
Alvine J. S. Oliveira  
Enfermeira  
COREN-RR 526.537 514



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Ingrid Alessandra dos Santos Brandão		
AGNÓSTICO	Osteíte De Tenar Distal (D)		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	28/12/20
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		manter
3	SF 0,9% 500ML EV <del>SN</del> 08/08H		02-10-18
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		02-08-19 20
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		06/11/20
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		02 10-18
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		06-12-18, 29
<del>11</del>	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H <i>Sucesso</i>		
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H		Ritina
14	CURATIVO DIÁRIO		Kealigan
15	Clorazepato 15mg S.C 1x DIA		15
16			
17			
18			
19			
20			
21			

**Dr. Odinachi Okemiri**  
 Residente Ortopedia e Traumatologia  
 GRM 1851 - RR

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**  
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MÉDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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: PJ5PD R79FD TGTNU ZUJ9R



*dentro 06hs - 15 mg/dl*

COZ ADM

PP

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Jucyrid Alexandra dos Santos				
AGNÓSTICO	Fx de fratura distal (D)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	DATA	29/12/20		
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUA
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mante
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SUA
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				14:25
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				14:26
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				14:26
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SUA
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				(14) (22) (06)
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SUA
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12:18 21:18
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				Suspensão
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				-
13	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
14	CURATIVO DIÁRIO				-
15	Clexane 400mg SC 1x dia				14:00
16	Diazepam 10mg VO a noite				01/05
17	AO Bloco AII				N/A
18					
19					
20					
21					

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**  
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
 NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO: RX: # CONDUÇÃO: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Pedro de S. Fonso  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRP 11.419/2006

SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	TP	ST
12 H	110x60	76	20	36.5	97%
18 H	100x60	92	20	37.3	97%
24 H					

D. F. Vera Lúcia M. Co  
 Técnica em Farmácia  
 Médico Residente  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06h 80/60 82 20 36°C





ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SALA DE RCP / GRANDE TRAUMA / HGR

DATA 29 / 12 / 2022

ME DO PACIENTE: Fred Almeida dos Santos

SINAIS VITAIS

RA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A	HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A	HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A	
28	36.2	75	-	-	120/75	:						:						
						:						:						
						:						:						
						:						:						

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

REALIZAÇÃO DE PV PRO

RA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp
					13:00					20:00				
					14:00					22:00				
					15:00					00:00				
					16:00					02:00				
					17:00					04:00				
					18:00					06:00				
					19:00									

Enfermeiro Matutino

Enfermeiro Vespertino

Enfermeiro Vespertino



Inquil COL ADM Wk - J - V ... OK OUT. Tibia

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE <i>Ingrid Alexandr dos Santos</i> AGNÓSTICO <i>OPX Hum distal</i>				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
LEITO		DATA		NEGA
IDADE	<i>30/12/90</i>			
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			Mantido
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			<i>08-14 20 02</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			<i>06</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SND
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			SND
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			<i>06</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SND
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			<i>12 18 24 06</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			-
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SND
13	SSVV + CCGG 6/6 H			POTINA
14	CURATIVO DIÁRIO			-
15	<i>claxone 1000 2x 1x dia</i>			<i>06 18</i>
16	<i>Diazepam 10mg VO a noite</i>			<i>06/06</i>
17	<i>AO MODO A //</i>			<i>7,2</i>
18				
19				
20				
21				

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:  
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TX
12 H	<i>120/80</i>	<i>75,6</i>	<i>20</i>	<i>20,2</i>
18 H	<i>108/74</i>	<i>77</i>	<i>/</i>	
24 H				<i>36,8</i>

Des: *100 500 45 70*  
 MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*24 90+60 80 36°*  
*06 90+70 85 36°*

*sem pos no leito, sem queixas, adm. medicas conforme prescricoes, segue pos cuidados da enfermagem Tec. Roraima*



*Alta*

*102-3*

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	INGRID ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDÃO				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	102-3	DATA	31/12/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU 20mg 02CP 1XDIA				6
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				6 12 18 24
6	TRAMAL 50MG 2 AMPS+ SF 0.9% 100 ML EV DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
11	CURATIVO DIARIO				CURATIVO
12	CLEXANE 40MG SC 1XDIA				16
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI: 251-300: 4UI: 301-350: 6UI: 351-400: 8UI: > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
 # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	103x72	79	—	35°c
18 H	115x83	86		35,5°
24 H				

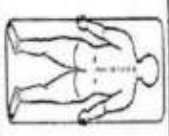



Lael Silva (Res Ortop)  
 CRM/RR 2015  
 Loamir Viana (Res Ortop)  
 CRM/RR 2124  
 Don Martins (Res Ortop)  
 CRM/RR 2038  
 Bruno Vieira (Res Ortop)  
 CRM/RR 1231

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: PJ5PD R79FD TGTNU ZUJ9R





<b>EVOLUÇÃO DO CURATIVO</b>		Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - <b>HGR</b>		Paciente: <i>Ingrid Alexsandre</i>		Data: <i>31/12/2022</i>	
		Leito: <i>102.3</i>			

Localização	 	Região: <i>MIO</i>	Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LP <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopédia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I ( ) II ( ) <input type="checkbox"/> LP <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopédia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I ( ) II ( ) <input type="checkbox"/> LP <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopédia <input type="checkbox"/> Outro: _____
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	 Progenitor V. Martins Técnico de Enfermagem CRP nº 16.17653 TE	 Rosângela Miguel Dantas Tg: 2019070204	
Observações:	_____ _____ _____		

Idoso em  
PET em Leito,  
SSUV, medicado  
CPM, sem intercorrência,  
segue aos cuidados da  
enfermagem.

Ana Paula da Silva  
Técnica de Enfermagem  
COREN RJ 001.350.806

18:00h.

Aferido SSUV, adm. as  
med. CPM.



102-3



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: INGRID ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDÃO 21 ANOS  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 28/12/2020, COM  
DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO E NO DIA  
28/12/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
FIXAÇÃO EXTERNA SENDO  
OPERADO PELO DOUTOR DR PATRICK RABELO E P/ DR 0.  
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 31/12/2020 ÀS \_\_\_\_\_, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 03(TRES) **SEMANAS, COM O**  
DOUTOR DR PATRICK RABELO

### ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. **NAO** PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;
2. **TOMAR** MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MEDICO;
3. **NAO** RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MEDICA;
4. QUANDO NECESSARIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE;
5. **NAO** PERDER RETORNO AMBULATORIAL;
6. **AGENDAR** CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RAO X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR.     MARCELO ARRUDA

quinta-feira, 31 de dezembro de 2020

Residente de Loana Miana  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia CRM/RR  
CRM-RR 2124



102-3



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: INGRID ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDÃO 21 ANOS  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 28/12/2020, COM  
DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO E NO DIA  
28/12/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
FIXAÇÃO EXTERNA SENDO  
OPERADO PELO DOUTOR DR PATRICK RABELO E P/ DR 0  
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 31/12/2020 ÀS \_\_\_\_\_, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 03(TRES) SEMANAS, COM O  
DOUTOR DR PATRICK RABELO

### ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. NAO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;
2. TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MEDICO;
3. NAO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MEDICA;
4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE;
5. NAO PERDER RETORNO AMBULATORIAL;
6. AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RAIOS X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDENCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. MARCELO ARRUDA

quinta-feira, 31 de dezembro de 2020

Residente de Loamir Miana  
Medicina e Traumatologia CRM/RR  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2124



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANCA PUBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO ODILIO CRUZ

 Polegar Direito



*William goncalves franco*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717 DATA DE EMISSÃO 13/10/2016

NOME WILLIAM GONÇALVES FRANCO

ENDEREÇO GERALDO ROCHA FRANCO  
MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NACIONALIDADE SANTA INÉS - MA DATA DE NASCIMENTO 09/12/1978

CERTIDÃO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35  
2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI  
2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





### Termo de Responsabilidade por envio de documentos digitalizados do DPVAT

Declaro para os devidos fins e efeitos, sob pena de ser responsabilizado civil e criminalmente, que os documentos abaixo relacionados que estou enviando digitalizados do segurado / beneficiário X, portador do RG nº X e CPF nº X, para Gente Seguradora S/A, são cópias fiéis dos originais.

Relação de documentos (Assinale todos apresentados):

<input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência	<input checked="" type="checkbox"/> Circular SUSEP 445
<input checked="" type="checkbox"/> Documentação médico-hospitalar	<input checked="" type="checkbox"/> Documentos de identificação do procurador
<input checked="" type="checkbox"/> Documentos de identificação da vítima	<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de residência do procurador
<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de residência da vítima	<input checked="" type="checkbox"/> Procuração
<input checked="" type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT	<input type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Despesas Médicas	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Laudo do IML	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Certidão de Óbito	<input type="checkbox"/> Outros:

Estou ciente de que deverei apresentar, caso necessário, a documentação original no prazo de 48 horas, a qualquer momento, se assim me for solicitado, estando ciente, ainda, de que poderei responder sobre qualquer omissão ou declaração não verdadeira, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Nome: WILLIAM GONÇALVES FRANCO,		
Data de Nascimento: 09/12/1978,		
RG: 239717 — SSP/RR		
CPF: 825.396.343-20,		
Endereço: RUA CC 11 - Nº 294		
Bairro: LAURA MOREIRA		
Cidade: BOA VISTA	UF: RR	CEP: 69.318-050
E-mail: WFRANCO992@GMAIL.COM		
Telefone: (95) 99113-3855		

Local e data: Boa Vista - RR, 13 DE ABRIL DE 2021.

Assinatura *William Goncalves Franco*



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210217231 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO **Data do acidente:** 28/12/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

**Data da análise:** 10/09/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO FÊMUR DIREITO (PG 1)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** BAM PG 1  
PG 3 - CIRURGIA  
PG 14 - EVOLUÇÃO

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE :

NOME: Ingrid Alessandra dos Santos Brandão  
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: solteira  
PROFISSÃO: Autônoma RG: 306962-5  
CPF: 028.276.502-66 ENDEREÇO: Cidade Satélite  
BAIRRO: Rua: Bela Vista m CIDADE: Bela Vista  
CEP: \_\_\_\_\_

VÍTIMA: Ingrid Alessandra dos Santos Brandão  
CPF: 028.276.502-66 DATA DO ACIDENTE: \_\_\_\_\_  
NATUREZA: ( ) DAMS (  ) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco  
NACIONALIDADE: Brasileira  
ESTADO CIVIL: casado  
PROFISSÃO: Autônomo  
Nº DO RG: 359717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.2016  
Nº CPF: 825.396.393-20  
ENDEREÇO: Rua CC 55 294 Lajuna morada

### 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.

Bela Vista, 30 de Agosto de 2021.

x Ingrid Alessandra dos S. Brandão  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167551/21

**Vítima:** INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRA

**CPF:** 028.276.502-66

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 28/12/2020

**Titular do CPF:** INGRIDI ALESSANDRA  
DOS SANTOS BRANDAO

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

#### INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO : 028.276.502-66

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: 08/09/2021  
Nome: INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO  
CPF: 028.276.502-66

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/09/2021  
Nome: MARCELO ALVES DE SOUSA  
CPF: 268.887.098-09

\_\_\_\_\_  
INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO

\_\_\_\_\_  
MARCELO ALVES DE SOUSA

