

---

**Rio de Janeiro, 04 de Março de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210034642**

**Vítima: HARON DE SOUSA COSTA**

**Data do Acidente: 15/08/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), HARON DE SOUSA COSTA**

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, 24 de Março de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210034642**

**Vítima: HARON DE SOUSA COSTA**

**Data do Acidente: 15/08/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), HARON DE SOUSA COSTA**

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **HARON DE SOUSA COSTA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **341**

Agência: **000006953**

Conta: **0000031887-7**

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





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210034642

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** HARON DE SOUSA COSTA

**Data do acidente:** 15/08/2020

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta da tíbia direita e fratura do platô tibial direito

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 70°, extensão aos 30°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

**Resultados terapêuticos:** Realizou tratamento cirúrgico com fixação externa por 60 dias, não realizou tratamento fisioterapêutico. Recebeu alta médica em novembro de 2020.

**Sequelas permanentes:** Restrição funcional em membro inferior direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/03/2021

**Conduta mantida:**

**Observações:** De acordo com o exame físico do examinador, permaneceu deficiência em membro inferior 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# 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: 07 678 032-73 4 - Nome completo da vítima: Naxom de Sousa Costa

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

5 - Nome completo: Naxom de Sousa Costa 6 - CPF: 07 678 032-73  
 7 - Profissão: Caumy 8 - Endereço: R. Itália 9 - Número: 135 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: Caumy 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.311-034  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): 99113-3855

DADOS CADASTRAIS

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)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 31887  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima:  Cônjuge  Filho  Pai  Mãe  Avô  Outros

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 (al 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Boa Vista RR 28 de Dezembro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): X Naxom de Sousa Costa

43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves



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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023729/2020

## DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/08/2020 14:12:57 Data/Hora Fim: 15/08/2020 14:45:57  
 Origem: Órgão: Polícia Militar Tipo Documento: Relatório de Atendimento Policial Nº do Documento: Rop PM 067921 J Data: 15/08/2020  
 Delegado de Polícia: Adalmir Almeida Sena Júnior

## DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 15/08/2020 12:20

## Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
 Bairro: Professora Araceli Souto Maior  
 Logradouro: Rua Estrelinha com Rua Rio Quino  
 Complemento: Próximo ao DB  
 Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

## ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: 2º SGT PM RODRIGO JÚNIOR DA SILVA COELHO MATRICULA: 40.617-1 LOTADO NO 2º BPM  
 (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: HARON DE SOUSA COSTA (ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 15/03/1993

Idade 27

Profissão: Mecânico

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Boa Vista - RR

Nome da Mãe: Irary de Sousa Costa

## Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Italia

Nº: 135

Bairro: Caraná

Nome Civil: SAMUEL RODRIGUES LEMOS (ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 18/08/1978

Idade 41

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: EVANDRA RODRIGUES LEMOS

Nome do Pai: ALTACILIO DIAS DE LEMOS

## Documento(s)

RG: 150139

CPF: 657.574.242-49

## Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R SANTA MARIA

Nº: 219

Complemento: CASA





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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023729/2020

Bairro: Centenário

CEP: 69.300-001

Nome Civil: SAMUEL RODRIGUES LEMOS (ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 18/08/1978

Idade 41

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: EVANDRA RODRIGUES LEMOS

Nome do Pai: ALTACILIO DIAS DE LEMOS

**Documento(s)**

RG: 150139

CPF: 657.574.242-49

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R SANTA MARIA

Nº: 219

Complemento: CASA

Bairro: Centenário

CEP: 69.300-001

Razão Social: ROP PM 067921 J (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)****Grupo** Veículo**Subgrupo** Motocicleta/Motoneta**CPF/CNPJ do Proprietário** 785.618.923-15**Placa** NAY5516**Renavam** 00215216547**Número do Motor** 156FMI281536558**Número do Chassi** 93FST12599M005757**Ano/Modelo Fabricação** 2009/2009**Cor** VERMELHA**UF Veículo** RR**Município Veículo** Boa Vista**Marca/Modelo** KASINSKI/SETA 125**Veículo Adulterado?** Não**Situação** Envolvido**Última Atualização Denatran** 18/09/2019**Situação do Veículo**  
ALIENACAO\_FIDUCIARIA\_FILE\_VEICULOS -  
RESTRICAO\_BENEFICIO\_TRIBUTARIO\_FILE\_VEIC  
ULOS**Nome Envolvido****Envolvimentos**

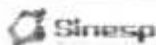
Haron de Sousa Costa

Proprietário

**Grupo** Veículo**Subgrupo** Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon**CPF/CNPJ do Proprietário** 892.023.090-00**Placa** IDI2391**Renavam** 00570700060**Número do Chassi** 34403312292025**Ano/Modelo Fabricação** 1976/1976**Cor** AZUL**UF Veículo** RS**Município Veículo** Santa Maria**Marca/Modelo** M.BENZ/L 1113**Veículo Adulterado?** Não**Situação** Envolvido**Última Atualização Denatran** 14/09/2019**Situação do Veículo** RENAINF**Nome Envolvido****Envolvimentos**

SAMUEL RODRIGUES LEMOS

Proprietário

**RELATO/HISTÓRICO**

Impresso por: Hualacy Seelig Soares de Souza

Data de Impressão: 14/12/2020 15:11:25

Página 2 de 3

PpE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023729/2020

O Rop Pm informa que a equipe da VTR 006 foi acionada Via CIOPS para averiguar um acidente de trânsito com danos materiais e lesão corporal no Local data e horário supracitado. A guarnição fez contato com SAMUEL que informou que transitava em seu veículo **M.BENZ/L 1113 DE COR AZUL E PLACA IDI 2391** pela Rua Rio Quino sentido Centro bairro e não percebeu o motociclista HARON que trafegava na Rua Estrelinha ( via preferencial), momento em que colidiu lateralmente com o condutor da motocicleta **KASINSKI/SETA 125 DE COR VERMELHA E PLACA NAY 5516**. Que o mesmo foi removido pela equipe do SAMU ao HGR para aviação médica com escoriações pelo corpo e uma possível fratura na perna direita (Tibia e Fíbula) com escoriações pelo corpo e dor na cervical. Informa ainda que não houve perícia no local por causa de violação do local do acidente onde os veículos foram removidos do local do acidente por populares devido a questão de grande aglomeração de pessoas e fluxo de veículos na via para evitar outro acidente. O veículo pertencente a HARON foi liberado para sua genitora que chegou logo depois do acidente. Os respectivos condutores entraram em acordo no local. Segue os números dos autos de infração de trânsito N° 012090 e 012093 para o condutor HARON, que no momento não foi conduzido para este DP por falta de condições de natureza medica e para o condutor SAMUEL, 012091. É o relato da ocorrência.

## ASSINATURAS

Julio Cesar Pereira Ferreira

Agente de Polícia  
Matrícula 42000814

Responsável pelo Atendimento

Rop PM 067921 J

Comunicante

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

**AUTENTICAÇÃO**  
Certifico e dou fé, que a presente fotocópia  
é a reprodução fiel do Original.  
Boa Vista, ..... de ..... de .....  
Assinatura: .....

**AUTENTICAÇÃO**  
Certifico e dou fé, que a presente fotocópia  
é a reprodução fiel do Original.  
Boa Vista, 14 de Dezembro, 2020.  
Hualacy Seelig Soares de Souza mat. 000116684  
Assinatura

# 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: 07 678 032-73 4 - Nome completo da vítima: Naxom de Sousa Costa

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

5 - Nome completo: Naxom de Sousa Costa 6 - CPF: 07 678 032-73  
 7 - Profissão: Caumy 8 - Endereço: R. Itália 9 - Número: 135 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: Caumy 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.311-034  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): 99113-3855

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: Itau  
 AGÊNCIA: 6953 CONTA: 31887 7  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima:  Cônjuge  Filho  Pai  Mãe  Avô  Outros

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 (al nascer)?  Sim  Não

31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

MORTE

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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data: Boa Vista RR 28 de Dezembro de 20  
X Naxom de Sousa Costa  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
William Gomes Alves  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**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: 4853965

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>19-FEB-20 a 23-MAR-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>675</b>	VENCIMENTO <b>06-APR-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</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**

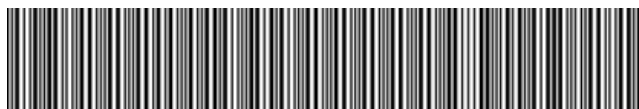
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

83640000052.522500750008.000000000703.349403200059



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Harom de Souza Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.678.032 / 73

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Harom de Souza Costa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.678.032 / 73 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Louza Mexica</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 28 de Dezembro de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante



1ª Classificação:  Vermelho  Laranja  Amarelo  Verde  Azul Ass.  
Reclassificação:  Vermelho  Laranja  Amarelo  Verde  Azul Ass.  
Reclassificação:  Vermelho  Laranja  Amarelo  Verde  Azul Ass.

2001261926 15/08/2020 13:32:37

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 25

Paciente: **HARON DE SOUSA COSTA**  
Data Nascimento: **15/03/1993** Idade: **27 A 5 M 0 D** CNS: \_\_\_\_\_ CPF: **01767803273** Prontuário: \_\_\_\_\_  
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: **SESP RR** Data Emissão: **12/04/2007** Sexo: **F** Estado Civil: **NAO INFORMADO** Raça/Cor: **PARDA** Nacionalidade: **BRASILEIRA**  
Mãe: **IRANY DE SOUSA COSTA** Contato: **(95) 99155-3681**  
Endereço: **RUA - ITALIA - 135 - CAUAME - BOA VISTA - RR** Ocupação: **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco: \_\_\_\_\_ Plano Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_ Autorização: \_\_\_\_\_ Sis Prenatal: \_\_\_\_\_  
Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_ Temp.: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Pressão: \_\_\_\_\_  
Setor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.: \_\_\_\_\_ Registrado por: **LIDIANE.OLIVEIRA**

Queixa Principal: **QDDA NO T**  
 Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: \_\_\_\_\_  
GSC: \_\_\_\_\_ TOTAL: \_\_\_\_\_  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)  
*Paciente vítima de acidente trânsito (moto x carro), envolvido com carro em curso em plena via pública*

Exame Físico: *apresentando ferimento em ponto vital*

Hipótese Diagnóstica: *Ad. Fratura exposta punho direito?*

SADT - Exames Complementares  
 RAO - X  ULTRA-SON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>1) Analgésico (p não leu na farmácia)</i>	<i>(EV) 19/03 16:00</i>	
<i>2) Dipirona (p)</i>	<i>(EV) 19/03</i>	
<i>3) Analgésico (p)</i>	<i>(EV) 19/03</i>	
<i>4) Dexametasona 1mg</i>	<i>(EV) 19/03</i>	
<i>5) Amoxicilina 1g + clavulato 200mg IV</i>		

Conduta:  
 Alta por Decisão Médica  Ambulatório  
 Alta a Pedido  Observação (Até 24h)  
 Alta a Revelia  Internação  
 Transferência para: \_\_\_\_\_ Data e Hora da Saída/Alta: \_\_\_\_\_

óbito: Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  IML Anatomia Patológica \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_  
MFR 1218 RR





Nome: Herson de Sousa Costa

Idade: 37 anos

Sector/Leito: GR Bloco A / 119-3

Data: 15/08/2020

Data de Nascimento: 15/03/1993

Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim (  ) Não

Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim (  ) Não

Data: 15/08/2020

**DADOS PRÉ-OPERATÓRIO**

**INTRA-OPERATÓRIO**

**SRPA**

**Sinais Vitais**

1. Informações: MIB

Jejum:  Sim ( ) Não

Prétese:  Sim ( ) Não

Exames:  Sim ( ) Não

Reserva UTI:  Sim ( ) Não

Lateralidade:  Sim ( ) Não

PNE:  Sim ( ) Não

Alergia:  Sim ( ) Não

Qual: \_\_\_\_\_

Reserva de Hemoderivado:  Sim ( ) Não

Outros: \_\_\_\_\_

2. Chegou ao Centro Cirúrgico:  Desambulando

Com Suporte de O2

TOT

Agitado

3. Sinais Vitais: 17:25

T: \_\_\_\_\_ °C

R: \_\_\_\_\_ rpm

FC: 59 bpm

PA: 100x55 mmHg

SAT: 96 %

( ) Regular ( ) Irregular

4. Anotações (admissão do paciente): Omniduto no ve p/ procedimentos de urgências do capuz do cateter (veja).

Procuramos do GT

AVP (MSQ) - SKC:

Meio abrigado e

correspondido (veja)

ambos COVID-19

Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia
<u>17:20</u>	<u>17:25</u>	<u>18:15</u>		

**Posicionamento:** devoal

**Hidratação Infundida:** \_\_\_\_\_

**SF 0,9%:** \_\_\_\_\_

**SG 5%:** \_\_\_\_\_

**Outros:** \_\_\_\_\_

**Nome:** Uraqui

**Dose:** \_\_\_\_\_

**Plasma:** \_\_\_\_\_

**Plaquetas:** \_\_\_\_\_

**Antibiótico:** \_\_\_\_\_

**CH:** \_\_\_\_\_

**Hemoderivados:** \_\_\_\_\_

**Nº de Compressas oferecidas:** \_\_\_\_\_

**Nº de Compressas recolhidas:** \_\_\_\_\_

**Exames na SO:**  Ht  Hb  Hemograma  RX  Gasometria  Outros: \_\_\_\_\_

**Antônio Patológico:**  Não  Sim

**Nº Pegas:** \_\_\_\_\_

**Cultura:**  Outros: \_\_\_\_\_

**Legenda:**

1. Eletrodos

2. Oxímetro

3. Mangulito PA

4. Placa de Bisturi

5. Incisão

6. Caroter O2

7. Vendicise

8. Dreno

9. SNG/SNE

10. Garrote

11. TOT  Não  Sim N° \_\_\_\_\_

12. SVD  Não  Sim N° \_\_\_\_\_

13. Outros: \_\_\_\_\_

**Sinais Vitais: Saída da SO**

T: \_\_\_\_\_ °C

R: \_\_\_\_\_ rpm

FC: \_\_\_\_\_ bpm

PA: \_\_\_\_\_ mmHg

SAT: \_\_\_\_\_ %

(  ) Regular ( ) Irregular

**Destino:** (  ) SRPA ( ) UTI ( ) outros: \_\_\_\_\_

Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRE-TE	DOR
<u>Uraqui</u>	<u>curvado para MIB</u>	<u>0'</u>						
		<u>15'</u>		<u>65</u>	<u>112x52</u>	<u>99</u>		
		<u>30'</u>		<u>74</u>	<u>120x54</u>	<u>99</u>		<u>0</u>
		<u>45'</u>		<u>73</u>	<u>118x55</u>	<u>99</u>		<u>0</u>
		<u>1h</u>						
		<u>01:30h</u>						
		<u>2h</u>						
<b>Observações:</b>								

**Entrada**

Medi	CH	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros

**Saída**

**Balanco Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)**

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do paciente)**

Admitido no SRPA em 15/08/2020 curvado para MIB

após alta encaminhada ao bloco A - Leito 119-3.

Alfina J. S. Oliveira  
Enfermeira  
COREN-RN 528.537 EN



Prontuário 00181070	Data Internação 15.08.24	Data da Saída 21.08.20
Número da AIH: 142010006356.9		
Enfermaria		Leito

**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH**

**Dados do Paciente**

Estabelecimento Executante  
**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR**

Nome do Paciente  
**HARON DE SOUSA COSTA**

CNES  
2319659

Cartão do SUS  
709009808859419

Data de Nascimento  
15/03/1993

SEXO  
3 - Feminino

Raça/Cor  
PARDA

Nº RG, CPF ou Registro de nascimento  
Identidade - 3590860

Nacionalidade  
BRASILEIRA

Nome da Mãe  
IRANY DE SOUSA COSTA

Nome do Responsável  
HARON DE SOUSA COSTA

Fone pl/ Contato  
(95) 99155-3681

Endereço  
RUA - ITALIA

Município  
BOA VISTA

Código do IBGE  
140010

UF  
RR

Bairro  
CAUAME

CEP  
69.311-084

**Dados da Internação**

CPF Médico Sol - CRM  
2124

Médico Solicitante

Cartão SUS

Procedimento Solicitado  
04.08.05.05.51

Procedimento Principal

Esp

C. Int  
02

CID P  
5821

CID S  
6299

CID CA

M. Sa  
12

Em caso de Parto: Nasc Vivo  Nasc Morto

Alta  Trans  Óbito

**Procedimentos Realizados**

Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	C UTI
01	02		20	01				
02	06		141	01	1205		01	
03			14	01	1106		01	
04			954	01				
05			36	01				
06			31	01				
07			44	01				
08			213	01				
09			16	01				
10			109	01				
11			953	01				
12								

Médico Autorizador  
**PACHECO DE CARVALHO**

Data Autorização  
15/08/20

CPF Autorizador  
768.264.736-15

CNS Autorizador  
898000750181917

Auditor

Data Auditoria

CPF Auditor

CNS Auditor

RISCO D  
(X) Não  
( ) Sim, e  
para fluidos

Data (5)

Bloco A / Leito 119-3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <u>HOMER DE SOUSA COSTA</u>					
AGNÓSTICO <u>Ex resposta de punção + Placa titub.</u>					
ALERGIAS					
IDADE		HAS	NEGA	DM2	NEGA
ITEM		LEITO	DATA	3510812020	
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE	<u>(Zuro, 1 litro após as 22h)</u>			HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SND
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				manter
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<del>20/08/19</del>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<del>06/09/19</del>
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				NTF
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<del>02/06/19</del>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				SN
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<del>28/08/19</del>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				24/12
13	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				Botina
15	<u>ao bloco após efeito analgésico</u>				Revisão
16					
17					
18					
19					
20					
21					

24hb + 16/08  
PA = 100x70  
FC = 70  
T = 36C

06hb - 17/08  
PA = 110x80  
FC = 68  
T: 36C

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  
DLML, 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:

06hb - PA = 105x62 FC = 81 T = 35,6°C

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	99x56	61	36/69
18 H	103x57	62	36/72
122 H	100x60	69	36/6

**Idamir Viana**  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2124  
MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Pct. adm. do Centro cirúrgico às 20:20h,  
noturno + pct. no leito, medicação  
médica, aferido SSVV, realizado  
CPM  
CCGG, o item 8, não tem na farm.  
segue em observação  
J. S. Viana

119-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_ DIH \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_\_

PACIENTE **HARON DE SOUSA COSTA**

DIAGNÓSTICO **FX EXPOSTA DE PERNA DIREITA MAIS PLATO**

ALERGIAS **NEGA** HAS **NEGA** DM2 **NÃO**

IDADE \_\_\_\_\_ LEITO **119-3** DATA **17/8/2020**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV 8/8H	12:30 A
4	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN
6	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
7	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
8	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
11	OMEPRAZOL 40MG 1X DIA EM JEJUM	6
14	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12	6
15		
16		
17		
19		
20		
23	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:

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	130x90	70		36.6
12 H	125x58	60		36.6
18 H	119x69	70		
24 H	120x80	76		36.6

**Loamir Viana**  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 2124

119-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	<b>HARON DE SOUSA COSTA</b>				
DIAGNÓSTICO	<b>FX EXPOSTA DE PERNA DIREITA + PLATO</b>				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	<b>119-3</b>	DATA	<b>18/8/2020</b>
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV 8/8H SN				SN
4	DIPIRONA 1G EV 6/6H <del>SN</del> <i>CONV. 06</i>				<i>18/21/06</i>
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
6	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
7	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
8	TENOXICAN 20 MG EV 12/12H				<i>22</i>
11	OMEPRAZOL 40MG 1X DIA EM JEJUM				<i>6</i>
14	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12				<i>14</i>
15	CURATIVO DIARIO				CURATIVO
16	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
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:					
SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	DIPOSA
6 H	131x70	63		35,8	
12 H	125x70	65	-	36,7	
18 H	127x70	70		37,1	+ 0,4
24 H	122x69	70		36,4	

Dr. Bruno Vieira  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1231

paciente no leito, refere dor, administrado o item 04  
- p.m. segue dos cuidados da enfermagem. tem curativo

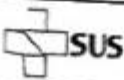
*Handwritten notes:*  
paciente no leito, refere dor  
segue dos cuidados da enfermagem  
tem curativo

06 Paciente no leito  
feito ssvv + medicação  
cpm. Te biana

# BLOCO A

Anexo I

alta: 21/08/2020



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HGA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Horon de Sousa Costa

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70910104810818594119

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/03/93

6 - Nº DO PROPRIÁRIO

181070

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Francy de Sousa Costa

Masc  1

Fem.  3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua - Itaipava 435 Camomila

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

(051) 914553168

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Moço AN

### 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Por dor trauma em MMII direito com fratura de platô tibial e mais exposta de tibia direita, realizado fratura externa

### 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

do osimc

### 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico + RT

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fr de platô tibial + punho

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR. MAR

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - Nº DO BILHETE

37 - SÉRIE

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÊNICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

39 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

0408050551  
5821  
17999



BOLETIM OPERATÓRIO

Horon de saudo cost

Data: 15/03/2020 O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta de puno direita +  
INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Placa tibial direita  
TIPO DE INTERVENÇÃO: Fixador transostial  
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:  
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: DR. MAR 1º AUXILIAR: DR. ROGERIO  
2º AUXILIAR: DR. LOEMIN INSTRUMENTADORA:  
3º AUXILIAR: ANESTESIA:  
ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:  
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Pul im DPH do b a q u i a n e s t e s i a
- 2) A d o r e n e i c + a n t i d o r e n e i c + c o m p o s u s t i m e n t o s
- 3) CMC exaustivo
- 4) control radiológico + colocação de fixador transostial (fêmur + perna) e (perna + pl) MII D
- 5) sutura de fechamento
- 6) co RPA

Dr. Dalsen Feltosa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 176/ROE 053

Loemir Viana  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2124



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

27 anos

NOME DO PACIENTE <i>Rearen de Souza Costa</i>	APT OU LEITO <i>GT</i>	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>15 108 120</i>
--	---------------------------	------------------	---------------------------

TIPO <i>Fixação trans articular Platô Tibial Direito.</i>	CIRURGIA		
	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO <i>17:25</i>	FIM <i>18:15</i>	TEMPO TOTAL

CIRURGIÃO <i>Rogério</i>	EQUIPE MÉDICA	
	ANESTESISTA:	<i>Michel</i>
	RES. ANESTESIA:	<i>Andressa R2</i>
	INSTRUMENTADOR	
1º AUXILIAR <i>Reamir R1</i>		
2º AUXILIAR		
	CIRCULANTE	<i>Eli Sampaio + Isaac</i>

TIPO DE ANESTESIA: *Raqui* TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2-0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		5	<i>SURGICEL eletrodos</i>	
	SERINGA 03ML		1	<i>CERA P/ OSSO Cotelo P2.</i>	
	SERINGA 05 ML		1	<i>KIT CATARATA Nº equipe Mack</i>	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS:	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Stefanie + Alina</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA  
Tel.: 55 11 39494000  
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250  
Ref.: 4747/03 Lote: 19L002500  
Registro ANVISA: 10223710026

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA  
Tel.: 55 11 39494000  
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 400  
Ref.: 4747/04 Lote: 19L002500  
Registro ANVISA: 10223710026



Hapson de Sousa Costa, 27 anos

Boa Vista - RR

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº											
17:00		15.08.2020											
18:00													
AGENTES	N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
	02												
LÍQUIDOS VENOSOS	A	LSP   LSP   LSP											
	U P	500 ml   500 ml   500 ml											
DA	°C	36.5   36.5   36.5											
X	38	36.5   36.5   36.5											
ULSO	36	36.5   36.5   36.5											
ANES	34	36.5   36.5   36.5											
X	32	36.5   36.5   36.5											
OP	30	36.5   36.5   36.5											
O	28	36.5   36.5   36.5											
TEMP	120	36.5   36.5   36.5											
ASPIR	100	36.5   36.5   36.5											
A	80	36.5   36.5   36.5											
RESPIR	60	36.5   36.5   36.5											
O	40	36.5   36.5   36.5											
	20	36.5   36.5   36.5											
Expon		36.5   36.5   36.5											
Acid		36.5   36.5   36.5											
Contro		36.5   36.5   36.5											
SÍMBOLOS		3 4 5											

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Diprivanina ①	20 mg 3A	loqui anestesia lombar	*Check list + monitorização (SpO2 + FC ECG + PRA)
B		liparhazica simples	1) Adesão + Cauterização da
C		com ventilação espontânea	região lombar com acesso à
D			20% + colocação de campo
E			estéril.
F ②			2) Anestesia lombar L3/L4 com
G	LÍQUIDOS		aqueles 26 G (Quint) saída
GLUCOSE		Cámbula - Naso / Oro Faríngea	de líquida clara + ramolente
NOXO		Naso / Orofaríngea - Cega	3) Oximetazolina 10 mg 0
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre de Tubo	
	70,9% - 1500 ml	Sob Mâscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Tratamento cirúrgico de natureza exorta de M.D.		Leitargo - Espasmo - Excesso Secre
ANESTESIA	Dr. Michel / Dr. Anderson	Dr. Rogério / Dr. Ivan	Depressão Respiratória - Hipoxia
			"Bucking" - Vômito
			Hemorragia - Arritmia
			Brad Taquicardia - Choque
			PERDA SANGÜÍNEA

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

- 4) Dipirona 2g 0
- 5) Fenoxitam 40 mg 0
- 6) Encaminho paciente SAPA

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Paciente: <i>Hanon de Sousa Costa</i>	Leito: <i>113-3</i>	Data: <i>18/08/2020</i>		

Localização		Região: <i>MT E</i>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> J.L.P.P I III IV 7* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>    </u> Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia Outro: _____	Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> J.L.P.P I III IV 7* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>    </u> Tração <u>    </u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia Outro: _____	Grau: I ( ) II ( )
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Pele Perilesional	<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	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 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: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária	<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: _____	<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	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Enfermeira do N. Soma</i> <i>Araceli de T. M. N.</i>		Elieteleia Carvalho Gotardo Gerente de Núcleo Tratamento de Feridas Enfermeira CRP-11R 488.579-9-ENF Coordenadora	

Deito 114-3

~~114-3~~

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	<b>HARON DE SOUSA COSTA</b>				
DIAGNÓSTICO	<b>FX EXPOSTA DE PERNA DIREITA MAIS PLATO</b>				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	<b>119-3</b>	DATA	<b>19/8/2020</b>
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV 8/8h				
4	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN <i>12</i>
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
6	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
7	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
8	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
11	OMEPRAZOL 40MG 1X DIA EM JEJUM				6'
14	CIPROFLOXACINO 400mg EV ou 500mg VO de 12/12h				
15	clindamicina 600mg EV ou VO de 8/8h				
16	CURATIVO DIARIO				
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					
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	109x68	68		36,2°C	
12 H	142x80	68	-	36,2	-
18 H	113x63	75	-	36,2°C	
24 H	116x56	71		36,9°C	

*[Handwritten Signature]*  
 Med. do Serviço de Ortopedia e Traumatologia  
 19/08/2020



**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**



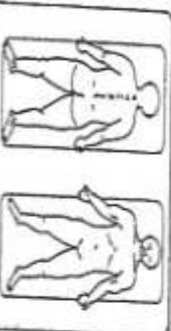

Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo nº 1  
Paciente: *Alvares da Sousa Costa.*  
Leito: *119.3*

Versão: 08

Elaborada: 02/2013  
Data: *16/08/2020*

Atualizada: 2/2020

Localização		Região: <i>UMD</i>		Região: <i>UMD</i>
Etiologia	( ) LPII III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>  </u> Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )	( ) LPII III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>  </u> Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros <u>  </u>	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( <input checked="" type="checkbox"/> Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros <u>  </u>	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Volume Perilesional	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> Úmido ( ) Seco
Quantidade de Exsudato	( <input checked="" type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Alcool 70% ( <input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Alcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <i>Ac6E</i>	( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h
Cobertura primária				
Troca				
Profissional que realizou procedimento:	<i>Berenice Santa Carlos</i> Téc. de Enfermagem COREN-RR 387.172	<i>Van Camila da Silva Guedes</i> Téc. de Enfermagem COREN-RR 529.622	<i>Elisclécia Carvalho Gotardo</i> Gestora de Nódos Tratamento e Feridas Enfermagem Coren-RR 408.579-ENF	<i>Berenice</i> <i>Arce</i>

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <u>Rosên da Sousa Costa</u>	Data: <u>20/10/2010</u>		
Leito: <u>119-3</u>				

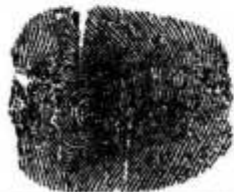
Localização		Região: <u>MIE</u> Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )		Região: <u>calcâneo E</u> Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )
Etiologia	( ) I.P.P II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) I.P.P II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Trauma: Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) I.P.P II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Trauma: Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) I.P.P II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Trauma: Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido <u>moderado</u> ( ) Seco	( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido	( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido	( ) Molhado ( ) Seco
Solução de Limpeza	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%
Cobertura primária	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>Gasolam Ag</u>	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário
Profissional que realizou procedimento:	<u>Silvia Paula F. de Souza</u> Téc. de Enfermagem CRP: 22.322/PR	<u>Larissa Alves Mata</u> Téc. de Enfermagem CRP: 22.322/PR	<u>Elisclara Carrvalho Gotato</u> Cirurgiã do Músculo, Tendonos e Feridas CRP: 22.322/PR	<u>Joseline</u>



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDELIO CRUZ



Polegar Direito



*William Gonçalves Franco*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

239717

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

**WILLIAM GONÇALVES FRANCO**

FILIAÇÃO

**GERALDO ROCHA FRANCO**

**MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO**

NATURALIDADE

**SANTA INÊS - MA**

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

DOC. ORDEM

**CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35**

**2 OF BOA VISTA - RR**

825.396.343-20

**AMADEU ROCHA TRIANI**

Perito Papiloscópico do Polícia Civil

Estado de RR

2 VIA

LEI Nº 7.118 DE 26/08/83

# TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: [www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)



## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

207.46136.39-5

4290799

003-0

RR

*Haron de Sousa Costa*

ASSINATURA EM TITULAR



## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



HARON DE SOUSA COSTA

FILIAÇÃO: IRANY DE SOUSA COSTA  
NASCIMENTO: 15/03/1983 SEXO: MASCULINO  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR  
DOCUMENTO: R. G. 399986 056 SP RR 12/04/2003  
LEI Nº 9.049, DE 11 DE MAIO DE 1996  
CPF: 017.078.032-73 QNH:  
TÍT. ELEITOR: SEÇÃO:  
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: RR/RR - 28/04/2010 ZONA:

ASSINATURA EM TITULAR

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO: \_\_\_\_\_ PARA \_\_\_\_\_  
DATA DE NASC. DE \_\_\_\_\_ DOCUMENTO \_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR \_\_\_\_\_ MOTIVO \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_  
DOCUMENTO \_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR \_\_\_\_\_ MOTIVO \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_  
DOCUMENTO \_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR \_\_\_\_\_ MOTIVO \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_  
DOCUMENTO \_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR \_\_\_\_\_ MOTIVO \_\_\_\_\_

**LEGENDA**  
A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO  
B - SP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - RESCISÃO DE UNião

**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: 3210034642

Nome do(a) Examinado(a): HARON DE SOUSA COSTA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Itália, 135, , Boa Vista/RR

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 3590860

Data e local do acidente: 15/08/2020 - Boa Vista/RR

Data e local do exame: 15/03/2021 - Boa Vista/RR

Coordenadas Geográficas: latitude: 2.81642 , longitude: -60.67005

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

Vítima de colisão moto com caminhão com fratura exposta da tíbia D + fratura do platô tibial direito

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

Vítima fez cirurgia com colocação de fixador externo por 60 dias, não fez fisioterapia e alta em novembro de 2020

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

Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 70°, extensão aos 30°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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

Sim

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

Sim

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

Joelho D: alteração anatômica + limitação da amplitude articular + comprometimento da força motora de sustentação + não consegue realizar agachamento Tornozelo D: pseudoartrose + limitação dos movimentos + comprometimento da força motora de sustentação + não consegue realizar agachamento

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

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"

() "Sem seqüela 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.

Membro Inferior Direito - Médio - 50%

Membro Inferior Direto - Médio - 50%

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

Vítima não apresentou a ficha de atendimento do SAMU e nem prontuário de atendimento na emergência



Dra. Regina Claudia Hebeiros Mendes Alho  
Médica do Trabalho  
CRM/RR 1032  
RQE: 177

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031771/21

**Vítima:** HARON DE SOUSA COSTA

**Data do acidente:** 15/08/2020

**CPF:** 017.678.032-73

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** HARON DE SOUSA COSTA

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## 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

### **HARON DE SOUSA COSTA : 017.678.032-73**

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: 28/01/2021  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2021  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210034642

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** HARON DE SOUSA COSTA

**Data do acidente:** 15/08/2020

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta da tíbia direita e fratura do platô tibial direito

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 70°, extensão aos 30°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

**Resultados terapêuticos:** Realizou tratamento cirúrgico com fixação externa por 60 dias, não realizou tratamento fisioterapêutico. Recebeu alta médica em novembro de 2020.

**Sequelas permanentes:** Restrição funcional em membro inferior direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/03/2021

**Conduta mantida:**

**Observações:** De acordo com o exame físico do examinador, permaneceu deficiência em membro inferior 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210034642

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** HARON DE SOUSA COSTA

**Data do acidente:** 15/08/2020

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 03/03/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA PERNA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** % SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210034642

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** HARON DE SOUSA COSTA

**Data do acidente:** 15/08/2020

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 03/03/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** %

**Resultados terapêuticos:** &

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** %

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE :

NOME: Haxem de Sousa Costa  
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: autônomo RG: 359086  
CPF: 017.678.032-73 ENDEREÇO: R. Itália, 135  
BAIRRO: Paraimi CIDADE: Boca Vista  
CEP: 69.311-034

VÍTIMA: Haxem de Sousa Costa  
CPF: 017.678.032-73 DATA DO ACIDENTE: 15/08/20  
NATUREZA:  DAMS  INVALIDEZ  MORTE

### OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: casado  
PROFISSÃO: autônomo  
Nº DO RG: 23.10.16 ÓRGÃO EMISSOR: SSP RR  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16  
Nº CPF: 825.396.343-20  
ENDEREÇO: Rua CC 11, 299 Laura Moura

### 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.

Boca Vista, RR, 27 de Agosto de 2020

X Haxem de Sousa Costa  
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031771/21

**Vítima:** HARON DE SOUSA COSTA

**CPF:** 017.678.032-73

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 15/08/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** HARON DE SOUSA COSTA

## 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

### **HARON DE SOUSA COSTA : 017.678.032-73**

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: 28/01/2021  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2021  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO