

ITAÚ UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 341

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

29/09/2020

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

320033278001

**VALOR TOTAL:**

4.725,00

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** ANA TERESA ARACENA MARABAY

**BANCO:** 341

**AGÊNCIA:** 06953

**CONTA:** 000000029789

---

---

**Número da Autenticação**

C2CF4CE6BB30E55A7CC25EDBEC564A9C39DF8DADFC49A681ECDDF22D09518D74

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200332780**

**Vítima: ANA TERESA ARACENA MARABAY**

**Data do Acidente: 30/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALCINEIA SOUSA PONTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANA TERESA ARACENA MARABAY**

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: **ANA TERESA ARACENA MARABAY**

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

Banco: **341**

Agência: **000006953**

Conta: **0000029789-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200332780 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA TERESA ARACENA MARABAY **Data do acidente:** 30/04/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 22/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO.  
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** BOLETIM OPERATÓRIO DA PÁGINA 2  
LAUDO DE IMAGEM NA PÁGINA 37/38

**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>





GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Amilton Augusto Marinho

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 30/04/20 O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FX EXTERNA DE FÊMUR (D) + FISSURA DE PÁLID  
INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Molise + FX TIBIA (D)  
TIPO DE INTERVENÇÃO:  
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:  
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Vitor Paracat 1º AUXILIAR: Formigato Roberto (RS)  
2º AUXILIAR: Bruno Vieira (RS) INSTRUMENTADORA:  
3º AUXILIAR: ANESTESIA:  
ANESTESISTAS: Adonias ANESTÉSICO: Dantist  
INÍCIO: 11:00 FIM: 2:20 DURAÇÃO 3:20.

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDAT sob efeito anestésico;
- 2) AA e CCE + LANA COM EXATIDÃO DA LESÃO DE PÁLID  
MOLES ENDO HEMO DISTURBAMENTO DA COXA DIREITA, ROMBANDO  
ESTRUTOS COM FOLHAS, GATAS, TORNIA E ANSIA;
- 3) Sutura da pele e (CONVOXÃO DE) AÍGO SEM O BOLA  
Colocando para fechamento de RETALTO COM UM CUS HEMO  
PENSAS TORNIA SUPERFÍCIES;
- 4) Redução cromo da fratura de fêmur e tibia e
- 5) Colocação de fixação externa
- 6) Curativo
- 7) A RFA

Vitor Paracat Santiago  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-RR 1635  
RQE-510

Shale  
CONFERE COM ORIGINAL  
03 SET. 2020  
Dr. Bruno Vieira de Lima  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1231



Anna Teresa Arauz Marabau, M, 36a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
23:45 00:00 01:00 02:00		30 04 2020.
AGENTES	15 30 45	15 30 45
	02	
LÍQUIDOS VENOSOS	A	
	M	
DA	340	
X	320	
ULSO	300	
•	280	
ANES	260	
X	240	
OP	220	
O	200	
TEMP	180	
□	160	
ASPR.	140	
A	120	
RESP	100	
O	80	
	60	
	40	
	20	
Export		
Admit		
Conte		

ECG + SPO<sub>2</sub> - LRAPI + FC + B

SÍMBOLOS 42 93 333 7 8  
10 210 333 42

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Propofol 20mg		házeu hiperbárica	X. Cheque + manobra brinjado.
Haloperidol 60mg		cau West. T. cão espe-	1. Anestesia SA/L3 - LU/auscult
		tação.	27/aseptica / LCR ⊕.
			2. Ap. A+B, SA
			3. Espedina 5mg IV
			4. Atropina 2mg IV
			5. Dexamefasaca 8mg IV
			6. Etiopropilol 100mg IV
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	
		Naso / Orofaríngea - Caps	
		Bul - Tamp - Calibra do Tubo	
		Sub Mânere	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	3000 ml	20h	REMPADE ANESTESIA
OPERAÇÃO	Tratamento cirúrgico de fratura na espinha de fóssil		Labirinto - Espanto - Brasso Sólido Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
			Hemorragia - Anémia Brad Taquicardia - Choque

ANESTESIA: Dr. Adanias  
CIRURGIÃO: Dr. Vitor P.  
PERDA SANGÜEA: 200ml  
Dr. Daniel  
Dr. Fernando  
2. Atropina 2mg IV  
3. Omeprazol 40mg IV  
4. Jancosina 2g IV  
5. Gentamicina 300mg IV  
X - SRA.

Bruno Thiago O. C. Pinho  
MÉDICO  
CRM-RR-1025



GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESAU

**PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA - PAAR**

REG: /2020	D.N.:	
NOME: ANA TERESA A. MARABAY	IDADE:	SEXO: FEM
EXAME: FAST - E		
PROCEDÊNCIA: GRANDE TRAUMA	MÉDICO SOLICITANTE: ARNALDO	

**LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO**

RECESSO HEPATORRENAL: Sem evidência de líquido livre.

TRANSIÇÃO FIGADO PULMÃO DIAFRAGMA: Sem evidência de líquido livre.

LINHA HEMI-CLAVICULAR ANTERIOR DIREITA: Sem evidência de pneumotórax

RECESSO ESPLÉNORRENAL: Sem evidência de líquido livre.

LINHA AXILAR ANTERIOR ESQUERDA: Sem evidência de pneumotórax.

TRANSIÇÃO BAÇO PULMÃO: Sem evidência de líquido livre.

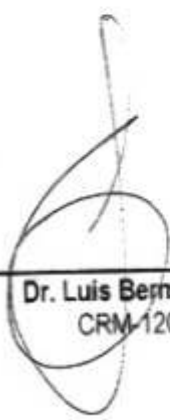
ESPAÇO RETROVESICAL: Sem evidência de líquido livre.

JANELA PERICARDICA: Sem evidência de derrame pericárdico.

ID: FAST-E NEGATIVO

NÃO HÁ FILME PARA REGISTRO DE IMAGENS.

Boa Vista - RR, 30/4/2020 20:17

  
Dr. Luis Bermejo Galán  
CRM-1208/RR





656

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE  
RETAGUARDA

Eu ANA TERESA ARAUJO CPFnº \_\_\_\_\_

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 03 de MAIO de 20 20.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPFnº: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) / procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, 03 de MAIO de 20 20. Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANA JORDA ANTONIO MANSORY

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

179931

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 9 8 0 0 5 8 4 5 9 2 0 5 1 1

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/03/1984

9 - SEXO

Masc  1

Fem  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Soreja Hernesto nara boy terra

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

2/R

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

VITIMAS DE ACIDENTE UNICICLISTAS com pernas torçadas independentemente com fraturas da coxa D, tornozelos e mãos no fêmur e tíbia ipsilateralmente.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HO CIRÚRGICO

Shete CONFERE COM ORIGINAL 03 SET. 2020

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

EXAMES FÍSICO.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FR EXPRES. Fêmur D + FR tíbia + DISTORÇÃO COXA D

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO PROCEDIMENTO SOLICITADO

HO FR EXPRES OS fêmur D + FR tíbia D + FIXAÇÃO externa

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Vitor Pereira

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

30/04/2020

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

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BÔNUS

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

36 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

2/14/20

0408050519 -> 572  
0408050500 -> 582

até 14.5

661

Ana Teresa Aracene Morabay



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Ana Teresa Aracene		
AGNÓSTICO	Ex de tibia D + FX do osso do fêmur D + Luxação de		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	SC	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		MANJER
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		06-12 18-24
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		SND
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		14-22 06
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	DURANTE	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
13	SSVV + CCGG 6/6 H		SND
14	CURATIVO DIÁRIO		Rotina
15	Oracilina 2g EV de 4/4h	12	18-24 de 08
16	Atoraxona 2g	2g EV de 12/12h	do 22
17			
18			
19			
20			
21			

P  
molar

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 Q.U. GLICOSE < 70  
D.U.M.L. 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:

Realizado visita e orientações  
PCTE BEG ( ) RÉG ( ) MEG ( )  
acompanhado S ( ) N ( )  
CI ( ) SI ( ) queixas

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x90	50	20	36,2
18 H	140x90	98		36,7
24 H				

Dist 146

**Edmir Viana**  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RJ 2124

Iran R. de Silva  
Téc. Especialista  
CORREIA 917 883  
Rua do Trunfo

Suprimentos

L 56 OK

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

DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_ DIH \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_\_  
 PACIENTE ANA TERESA ALMEIDA  
 AGNÓSTICO FX TIBIA ① + FX EXPOSTA FÊMUR ② + LESÃO TENDÃO MOLES  
 ALERGIAS \_\_\_\_\_  
 IDADE \_\_\_\_\_ HAS \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_ DM2 \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_  
 ITEM \_\_\_\_\_ LEITO \_\_\_\_\_ DATA 02/05/2010

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SW
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SW
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	SW
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	12.00 - 24.00
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SW
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SW
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	SW
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	14.00 - 20.00
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	11.45h
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	12.00 - 18.00
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	12.00 - 18.00
13	SSVV + CCGG 6/6 H	SW
14	CURATIVO DIÁRIO	SW
15	CEFTIMAXONA 1g EV 12/12h	SW
16	OXACILINA 2g EV 4/4h	14.00 - 20.00
17	METFORMINA 500mg EV 8/8h	12.00 - 18.00
18		
19	AO CAMINHAR APÓS RX CONTINUA	
20	Hidrocortisona 300mg EV	
21	DA SOB CN / (seco) SN).	

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:

Dr. Gabriel Martins  
 Médico  
 CRM-RR 2001

SINAIS VITAIS		DIRETO	
6 H	PA	FC	FR
12 H	120/70	72	18
18 H	130/60	109	18
24 H	130 X 70	112	22

Aline O. de Castro  
 Tec. Enfermeira  
 COREN-RR 000120

Don Martins  
 Médico Residente em  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 20338

MEDICO RESIDENTE  
 Geriane S. de Moura  
 Tec. de Enfermagem  
 COREN-RR 968129

Geriane S. de Moura  
 Tec. de Enfermagem  
 GOREN-RR 968129

myid  
 corrigido com 200 ml  
 S. dos Santos  
 Tec. de Enfermagem  
 COREN-RR 000120

Karine Campos  
 Tec. de Enfermagem  
 COREN-RR 000120

06h  
 PA: 111/60  
 FC: 106  
 T: 36,3°C  
 DX: 134 mg/dl  
 Diurise: 100 ml

L-56



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	ANA TERESA ARACENA		
DIAGNÓST	FX DE TIBIA D + FX EXPOSTA DE FEMUR D + LESÃO DE PARTES MOLES		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	56	DATA
ITEM			03/05/2020
1	DIETA ORAL LIVRE		HORÁRIO
2	AVP		SND
2	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H FIXO	12. 18. 24.	06. 06. 06.
3	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		06.
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		SND
5	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	14. 22.	06. 06.
6	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		06. 06.
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SND
8	TILATIL 20MG EV 12/12H OU 40 MG 1 X DIA	12. 24.	06.
9	CEFTRIAXONE 1G EV 12/12H	14.	06.
10	SSVV + CCGG 6/6H	Noting	
11	CURATIVO DIARIO	1x. 16. 20. 24.	06. 06. 06.
12	MORFINA 10MG + 9ML AD EV FAZER 4 ML SE DOR INTENSA		SND
13	OXACILINA 2G EV 4/4H	12. 16. 20.	24. 06. 06.
14	METRONIDAZOL 500MG EV DE 8/8H	14.	22. 06.

*Desmame de SVD*  
*14/05/2020*

**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, EM USO E CURATIVO EM MID.  
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, ~~NORMOCÓRICO~~, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES.

*Normocórico, Hb: 8.2.*

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	120x60	56		36.3
18 H	130x70	113		36.6
24 H	130x70	109		36.2

Dr. Augusto Cavalcante  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 1965

18h O = 100umL  
 06:00h 140x80 | 100 | 36.3

Stamp: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RR  
 000967542



HGR

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 09/05/2020

PACIENTE: Ana Luiza Araçena Maralva DN: 14.03.84

DIAGNÓSTICOS: Fratura exposta de fêmur e tibia

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: \_\_\_\_\_

2- PACIENTE:  ACAMADO ( ) DEAMBULA ( ) O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA:  VIA ORAL ( ) SNE ( ) OUTRA \_\_\_\_\_

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS?  SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM?  SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA?  SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? ( ) SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: \_\_\_\_:\_\_\_\_  
PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ SATO2: \_\_\_\_\_

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:  
traços / Dupont / ATB

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:  
5/4. Início de pl transfusão sanguínea. 1b(08/05)

Boa Vista, 09 de Maio de 2020. Hora: \_\_\_\_\_

Dra. Jayme Bezerra Magalhães  
Médica

CRM 1967 / RR

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:

( ) HC ( ) HLI ( ) HMI ( ) OUTRO \_\_\_\_\_



18

QSA



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ANA TEREZA ARACENA				
DIAGNÓST	FX DE FEMUR DIREITO				
ALERGIAS					
IDADE	HAS		DM2		
	LEITO	68	18	DATA	10/05/2020
ÍTEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	AVP				MANUTER
2	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SV
3	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				SV
4	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				SV
5	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SV
6	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SV
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SV
8	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
9	SSVV + CCGG 6/6H				16
10	CURATIVO DIÁRIO				2ativa
11	CEFEPIME 1G EV DE 12/12H				06
12	OXACILINA 2 EV DE 4/4H				10:20
13	TRANSFERR AO CANARINHO				16:20 34
14					

**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, REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2CH DIA 9/5/20 COM HC DE CONTROLE COM HEMOLOBINA DE 9.8.

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	120/80	52	20

Dr. Augusto Cavalcante  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 1964

10/05/2020 paciente no leito, lote sem queixas, agm mcpm + SSVV

10/05/2020 paciente no leito agido SSVV agm mcpm + SSVV

Maria Jesus Silva Dues  
 Técnico de Enfermagem  
 CRM-RR 205.145

**PEDIDO DE PARECER**

Unidade: CANARINHO

NOME: Ana Luiza Ancona

IDADE:

BLOCO:

ENF:

LEITO: 12

De: ORTOPEDIA

Para:

Cirurgia Plástica

paciente com fratura de tíbia mais perda de tecidos. Adesão também fratura exposta de fêmur direita, solicito parecer

DATA 27/05/2020

Loamir Viana  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2124

RESPOSTA

paciente em estado de choque devido ao trauma no membro superior direito com fratura exposta de fêmur direita e fratura de tíbia com perda de tecidos. Solicito parecer para a realização da cirurgia de reconstrução do membro superior direito.

\_\_\_\_\_  
Data

Dr. Márcio Arcoverde  
Cirurgia Plástica  
CRM/RR 1239 RQE:545

\_\_\_\_\_  
médico



Amputação Amputa

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 4/05/12 O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Neuroma de pele de coxa +  
 INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: retirar o tumor da coxa e fêmur  
 TIPO DE INTERVENÇÃO: Amputação  
 MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Pr. Ocluidante Cirurgico + Repolço  
 DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 1 fêmur feno + o fêmur independente

CIRURGIÃO: Dr. J. J. J. 1º AUXILIAR: Dr. C. E. E.  
 2º AUXILIAR: Dr. E. E. INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_  
 3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: RAPIVI  
 ANESTESISTAS: Dr. M. M. ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_  
 INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente amputado
- Amputação anterior, com coxa
- Retirada de fêmur de Tibia e fêmur
- Redução de fêmur e colocação de fêmur
- de tibia de
- Redução de fêmur e colocação de fêmur
- de fêmur +
- Ocluidante cirurgico de tecido necrotico
- de coxa
- 1 fêmur por amputação
- Cirurgia

Dr. Jesus de Lopes Aguiar  
CRM-48-566

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

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1090430010

NOME  
ALCINEIA SOUSA PONTE

DOC. IDENTIFICAD./ÓRG. EMISSOR  
247601 SSP RR

CPF  
837.050.072-20

DATA NASCIMENTO  
30/05/1986

FUNÇÃO  
MIGUEL TROFILO DA  
PONTE  
LUIZA SOUSA PONTE

SEXO  
F

ESTADO CIVIL  
C

ESTADO  
RR

DATA DE EMISSÃO  
01/06/2007



*Alcineia Sousa Ponte*

PROFISSIONAL PLASTIFICADA  
1090430010

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
01/10/2015

PROFISSIONAL PLASTIFICADA  
58435605946  
RR208518878

DETRAN - RR (RORAIMA)



**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
**706.581.742-31**

Nome  
**ANA TERESA ARACENA MARABAY**

Nascimento  
**14/03/1984**

CÓDIGO DE CONTROLE  
**32EB.6D5E.2E18.375F**



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 14:49:34 do dia 05/04/2018 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA - POLÍCIA FEDERAL  
 Protocolo de Solicitação de Refúgio  
 08018.039038/2020-47

Nome  
**ANA TERESA ARACENA MARABAY**

Hipótese Legal  
 LEI Nº 9.474/97

Validade  
 11/09/2021

Data de Nascimento  
 14/03/1984

Gênero  
 FEMININO

País de Nascimento  
 VENEZUELA

Filiação 1  
 JOSEFA HERNESTA MARABAY HERRERA

Filiação 2  
 FRANCISCO ESTEBAN ARACENA GOMEZ

Local  
 BOA VISTA - REGRADO

*Ana Teresa Aracena*  
 Assinatura do Portador

Documento assinado eletronicamente por EDUARDO CARDOSO SANTOS, em 11/09/2020, às 10:14:39, conforme horário oficial de Brasília.

Protocolo de Refúgio  
 08018.039038/2020-47



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://sisconare.mj.gov.br>, informando o código verificador e2ca5583-9380-489d-bec2-79e3e4c920e8

Protocolo SISMIGRA

Dobre aqui

Informações ao Solicitante de Refúgio:

**PORTUGUÊS**

A Lei 9.474/1997 assegura ao portador deste documento que "em hipótese alguma será efetuada sua deportação para fronteira de território em que sua vida ou liberdade esteja ameaçada, em virtude de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opinião política" (Artigo 7, §1)

Este protocolo é documento de identidade válido em todo o território nacional e é prova da condição migratória regular do seu titular.

O titular deste protocolo possui os mesmos direitos de qualquer outro estrangeiro em situação regular no Brasil e deve ser tratado sem discriminação de qualquer natureza.

A validade do documento pode ser verificada no site <http://sisconare.mj.gov.br/>.

O titular deste protocolo deverá manter os seus contatos atualizados no Sisconare (<http://sisconare.mj.gov.br/>).

Qualquer alteração de email, endereço ou telefone deverá ser atualizada no sistema.

Para dúvidas ou outras questões, entre em contato com a Coordenação-Geral do Conare pelo email [conare@mj.gov.br](mailto:conare@mj.gov.br), ou pelo telefone (61) 2025-9225.

**ESPAÑOL**

La Ley nº 9.474, de 1997, asegura al portador de este documento que "en ninguna hipótesis se efectuará su deportación a la frontera de territorio en que su vida o libertad esté amenazada, en virtud de raza, religión, nacionalidad, grupo social u opinión política" (Artículo 7, §1)

Este protocolo es un documento de identidad válido en todo el territorio nacional y es prueba de la condición migratoria regular de su titular.

El titular de este protocolo tiene los mismos derechos de cualquier otro extranjero en situación regular en Brasil y debe ser tratado sin discriminación de cualquier naturaleza.

La validez del documento puede ser verificada en el sitio <http://sisconare.mj.gov.br/>.

El titular de este protocolo deberá mantener sus contactos actualizados en el Sisconare

(<http://sisconare.mj.gov.br/>). Cualquier cambio de correo electrónico, dirección o teléfono debe actualizarse en el sistema.

Para preguntas u otras cuestiones, póngase en contacto con la Coordinación General del Conare por correo electrónico [conare@mj.gov.br](mailto:conare@mj.gov.br), o por el teléfono (61) 2025-9225.

**ENGLISH**

The Brazilian Federal Law nr. 9:474/1997 assures the bearer of this document that "Under no circumstances you will be deported to the frontier of a territory in which your life or freedom is

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262248/20

**Vítima:** ANA TERESA ARACENA MARABAY

**CPF:** 706.581.742-31

**Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 30/04/2020

**Titular do CPF:** ANA TERESA ARACENA  
MARABAY

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ALCINEIA SOUSA PONTE : 837.050.072-20

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

### ANA TERESA ARACENA MARABAY : 706.581.742-31

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: 16/09/2020  
Nome: ALCINEIA SOUSA PONTE  
CPF: 837.050.072-20

ALCINEIA SOUSA PONTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200332780 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA TERESA ARACENA MARABAY **Data do acidente:** 30/04/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 21/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO.  
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** BOLETIM OPERATÓRIO DA PÁGINA 2  
LAUDO DE IMAGEM NA PÁGINA 37/38

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

NOME: ANA TERESA ARACENA MARABAY  
NACIONALIDADE: VENEZUELANA ESTADO CIVIL: SOLTEIRA  
PROFISSÃO: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS RG:  
CPF: 706.581.742-31 ENDEREÇO: R. AFONSO DOS SANTOS PEREIRA  
BAIRRO: EQUATORIAL CIDADE: BOA VISTA  
CEP: 69317290

VÍTIMA: ANA TERESA ARACENA MARABAY  
CPF: 706.581.742-31 DATA DO ACIDENTE: 30/04/2020  
NATUREZA: ( ) DAMS  INVALIDEZ ( ) MORTE

## OUTORGADA:

NOME: ALCINEIA SOUSA PONTE  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: DIVORCIADA  
PROFISSÃO: HORTONOMA  
Nº DO RG: 247603 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR  
DATA DE EMISSÃO: 11/12/2001  
Nº CPF: 877.050.072-20  
ENDEREÇO: R. PEIXES 263 CIDADE: SATELITE

## PODERES:

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

Boa Vista, 04 de Setembro de 2020.

Ana Teresa Aracena  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

# 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: 706.581.742-31 4 - Nome completo da vítima: ANA TERESA ARACENA MARABAY

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

5 - Nome completo: ANA TERESA ARACENA MARABAY 6 - CPF: 706.581.742-31  
 7 - Profissão: AUXILIAR DE SERVIÇOS G 8 - Endereço: R. AFONSO DOS SANTOS PEREIRA 9 - Número: 284 10 - Complemento: APARTAMENTO  
 11 - Bairro: EQUATORIAL 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69317290  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (95) 99113-1959

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)  Itai (341)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 6953 CONTA: 29789 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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.

**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.

PERMANENTE

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (velhos)?  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.

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, 04 de Setembro de 2020  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Ana Teresa Aracena  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver): Aluísio Sousa Ponte

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00019859/2020-A03

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 14/07/2020 10:22:55 Data/Hora Fim: 14/07/2020 10:22:55  
Origem:  
Delegado de Polícia: Fernando Bruno de Souza

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade de Apuração: 3º Distrito Policial  
Data/Hora do Fato: 30/04/2020 17:40 (Hora Aproximada)

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Said Salomão  
Logradouro: BR 174  
Tipo do Local: Área Rural  
Descrição do Local: proximo ao posto de gasolina do bom intento

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

**ENVOLVIDO(S)**

Nome Civil: ANA TERESA ARACENA MARABAY (VÍTIMA, COMUNICANTE )

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Feminino Nasc: 14/03/1984 Idade 36  
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais  
Estado Civil: Solteiro(a) Naturalidade: maturim  
Nome da Mãe: Josefa Ernesta Aracera Herrera

**Documento(s)**

CPF: 706.581.742-31

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: rua alfonso dos santos pereira Nº: 284  
Complemento: casa  
Bairro: Equatorial  
Telefone: (95) 99176-3160 (Celular)

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Nenhum Objeto Informado

**RELATO/HISTÓRICO**

Informa que vinha em motocideta (moto taxi) pela BR 174 foi quando foi colidida por trás por um veículo que vinha no mesmo sentido que a comunicante que logo apos o acidente o veículo evadiu-se do local sem presta socorro a vitima foi socorrida pelo SAMU ao HGR. informa que perdeu seus documentos no acidente sendo CPF, carteira de trabalho e protocolo fornecido pela policia federal, e seu celular Sansung A 10 com o numero (95) 99164-7393




GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

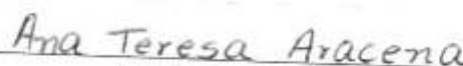
Nº: 00019859/2020-A03

ASSINATURAS

  
Syllas Spuza Silva

Agente de Polícia  
Matrícula 42000149

Responsável pelo Atendimento

  
Ana Teresa Aracena

Ana Teresa Aracena Marabay

Vítima, Comunicante

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