

BANCO DO BRASIL 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: 001

AGÊNCIA: 1912

CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:

10/03/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8098674

VALOR TOTAL:

2.531,25

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEIDIANE BATISTA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000010345

Número da Autenticação

7C841830D44019E7

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0189343/21

Vítima: CLEIDIANE BATISTA DA SILVA

CPF: 883.170.482-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 09/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLEIDIANE BATISTA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

CLEIDIANE BATISTA DA SILVA : 883.170.482-68

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 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: 15/12/2021
Nome: CLEIDIANE BATISTA DA SILVA
CPF: 883.170.482-68

CLEIDIANE BATISTA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/12/2021
Nome: MARCELO ALVES DE SOUSA
CPF: 268.887.098-09

MARCELO ALVES DE SOUSA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210254320

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CLEIDIANE BATISTA DA SILVA

Data do acidente: 09/09/2020

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio/ulna esquerda

Descrição do exame físico: Antebraço/punho E: deformidade devido consolidação viciosa + limitação dos movimentos de flexão/extensão/pronação/supinação + comprometimento da força motora de preensão

Resultados terapêuticos: Imobilização de gessada por 02 meses, não fez fisioterapia.

Sequelas permanentes: Restrição funcional em punho esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/03/2022

Conduta mantida:

Observações: De acordo com o exame físico do examinador, permaneceu deficiência em punho esquerdo em grau intenso.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

Rio de Janeiro, 18 de Março de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210254320

Vítima: CLEIDIANE BATISTA DA SILVA

Data do Acidente: 09/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEIDIANE BATISTA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **CLEIDIANE BATISTA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000003906**

Conta: **0000010345-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,



Alta 10/09

A



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

Clínicas Bottega da Silva

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

Cláudia Bottega Bottega

121678

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

7030008251185776

11/07/1987

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Antônio Leonel Bottega do Lobo

915021513609

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua. Nozovê Colpina 1556 Distrito Sílvia Bottega

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Dez. Uru

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente com deformação articular @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

QUIRURGIA

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

Rx

Rx articular @

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Quirúrgica

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA

Dores E La Rosa

CONFERE CONSULTA 05/08/2011 Shele

CRM 15000/RR Médico Henrique La Rosa

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () 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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

9/9/10



03060088 2039

Blow H

120-6 F

Cláudio Batista da Silva

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____
 PACIENTE *Cláudio Batista da Silva*
 AGNÓSTICO *Fx Anquilosado*
 ALERGIAS HAS _____ NEGA _____ DM2 _____ NEGA _____
 IDADE _____ LEITO _____ DATA *09/09/2020*

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	<i>1 1 1 1</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	<i>manter</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	<i>in</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<i>2h 2h 2h 2h</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	<i>2h</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	<i>in</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	<i>in</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	<i>2h 2h 2h</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	<i>in</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	<i>2h 2h 2h 2h</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	<i>2h 2h</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	<i>in</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H	<i>Restrição</i>
14	CURATIVO DIÁRIO	<i>2h 2h</i>
15	<i>no bloco</i>	
16		
17		
18		
19		
20		
21		

Carlos Henrique da Rosa
 Médico
 CRM-RR 483

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

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	<i>127/79</i>	<i>83</i>	-	<i>36,5°C</i>
18 H	<i>134/88</i>	<i>75</i>	-	<i>36,2°C</i>
24 H	<i>124/78</i>	<i>78</i>	-	<i>36,6°C</i>

09/09/2020 10:10gdl
 MÉDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ats. não tem clíndia na farmácia



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SALA DE RCP / GRANDE TRAUMA / HGR

DATA 09/09/2020

1º DO PACIENTE:

CRISTIANE BATISTA DA SILVA

SINAIS VITAIS

A	TAX	FC	FR	SpO2	P.A	HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A	HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A	
	-	-	20	-	120x70	14:00						:						
0	-	125	29	98%	120x75	16:00	-	113	20	-	131x94	16:00						
2	-	95	20	98%	120x70	18:00						:						
					131x94	:						:						

Nº do Cartão Coelho
Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

REALIZAÇÃO DE DEXTRO

A	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp
0					13:00					20:00				
0					14:00					22:00				
0					15:00					00:00				
0					16:00					02:00				
0					17:00					04:00				
0					18:00					06:00				
					19:00									

Enfermeiro Matutino

Enfermeiro Vespertino

Enfermeiro Vespertino



Este Me Bloco A
120-6F

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 07/09/2010
PACIENTE: CELEDRANE DA SILVA DN: 1/1
DIAGNÓSTICOS: for. pulmonar

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:
Case AD

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Boa Vista, 09 de 20 20 Hora: _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE. Carlos Enrique La Rosa CRM 463

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:
() HC () HLI () HMI () OUTRO _____

120-6

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	CLEIDIANE BATISTA DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DE OSSOS DO ANTEBRAÇO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	120-6	DATA	10/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				06 12 18 24 -06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
11	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
12	CURATIVO DIARIO				CURATIVO
13					
14					
15	ALTA HOSPITALAR				
16					
17					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
23					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0189343/21

Número do Sinistro: 3210254320

Vítima: CLEIDIANE BATISTA DA SILVA

CPF: 883.170.482-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/09/2020

Titular do CPF: CLEIDIANE BATISTA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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 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.

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Cleudiane Batista da Silva
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Autônoma RG: 467894-9
CPF: 883.170.482-68 ENDEREÇO: TV Raimundo Alves Souza - 164
BAIRRO: Jardim Tropical CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.300-000

VÍTIMA: Cleudiane Batista da Silva
CPF: 883.170.482-68 DATA DO ACIDENTE: 09/09/2020
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franto
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: Autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP
DATA DE EMISSÃO: _____
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC11-294 Bairro Laura Maria

PODERES:

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

Boa Vista - RR, 15 de outubro de 2020

Cleudiane Batista da Silva
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210254320 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEIDIANE BATISTA DA SILVA **Data do acidente:** 09/09/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/02/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA. P.1,5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @P.1(OUTROS) / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210254320

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CLEIDIANE BATISTA DA SILVA

Data do acidente: 09/09/2020

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio/ulna esquerda

Descrição do exame físico: Antebraço/punho E: deformidade devido consolidação viciosa + limitação dos movimentos de flexão/extensão/pronação/supinação + comprometimento da força motora de preensão

Resultados terapêuticos: Imobilização de gessada por 02 meses, não fez fisioterapia.

Sequelas permanentes: Restrição funcional em punho esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/03/2022

Conduta mantida:

Observações: De acordo com o exame físico do examinador, permaneceu deficiência em punho esquerdo em grau intenso.

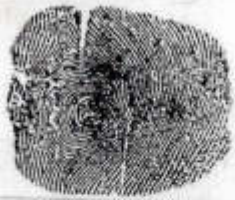
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polígono Direito



William Gonçalves Franco

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EMISSÃO

13/10/2016

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

REGIÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NACIONALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Polícia Federal - Departamento de Polícia Civil

Diretor do BOC

2 VIA

D 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito

Cláudia Botelho da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

467894-0

DATA DE
EXPIRAÇÃO

19/02/2019

NOME

CLEIDIANE BATISTA DA SILVA

FILIAÇÃO

**EDUARDO PEREIRA DA SILVA
ANTONIA VIONEIDE BATISTA DA SILVA**

NATURALIDADE

ITAITUBA - PA

DATA DE NASCIMENTO

11/07/1987

DOC. ORIGEM

**CERTD NASC 1767 FLS 19 LIV A-69
2 OF ITAITUBA-PA**

CPF

883.170.482-68

AMADEU ROCHA TRIANI

Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Diretor do SDC

2ª VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

19.11.2020

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

16:30

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente: Clidione Batista da Silva Data Nascimento: 11.07.1987 Idade: 33 anos CPF: 703000825185776

Tipo Doc: Documento Orgão Emissor: PAAR Data Emissão: 11/07/2020 Sexo: M Estado Civil: C Raça/Cor: B Naturalidade: RR

Nome: Antonia Vioneide Batista da Silva Pai: Clidione Batista da Silva Contatos: 98410-6311

Endereço: Rua B Jardim Tropical nº 114

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Plano Convênio: SUS N° da Carteira: 1 Validade: 1 Autorização: 1 Sit. Previd: 1

Motivo do Atendimento: URGÊNCIA Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: 1 Procedência: 1 Temp.: 1 Peso: 1 Pressão: 1

Setor: 1 Tipo de Chegada: 1 Procedimento Sol.: 1 Registrado por: 1

Queixa Principal: Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 16:36 h)

Apresento frut. em MSD em 09.09.20, em acidente de moto.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

RAD-X ULTRA-SOM TC SANGUE URINA ECG OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

Conduta

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

Óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família

Assinatura do Médico
MÉDICO
CRM/RR-1301

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



Alta 10/09

A



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

Clínica Bottega da Silva

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

18167R

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc.

9 - SEXO

Fem.

403000825185776

11/07/1987

1

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

Antonio Uesnele Bottega do Filho

915 91 4591 3609

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Nazare Calpina 1556 Dueto Silveira Getuliu

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Dea Uto

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente com deformação
Articulação @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

@RUAGA

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

Rx

Rx Articulação @

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Surrucação

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

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Carles E La Rosa

11

Carles E La Rosa
Médico
CRM nº 15160

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () 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

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

03060088
2039

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

9/9/20

MAX LIVE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação: Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação: Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação: Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

1266623 09/09/2020 01:03:46 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 3

Paciente: **CLEIDIANE BATISTA DA SILVA** Data Nascimento: **11/07/1987** Idade: **33 A 1 M 29 D** CNS: **703000825185776** CPF: **88317048268** Prontuário: **88317048268**

Tipo Doc: **IDENTIDADE** Documento: **4678940** Órgão Emissor: **SSPRR** Data Emissão: **03/10/2013** Sexo: **F** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor: **PARDA** Naturalidade: **ITAITUBA - PA** Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Mão: **ANTONIA VIONEIDE BATISTA DA SILVA** Pai: **EDUARDO PEREIRA DA SILVA** Contato: **(95) 99154-3608**

Endereço: **AVENIDA - NAZARE FILGUEIRAS - 1556 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR** Ocupação: _____

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: **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol.: _____ Registrado por: **ADAO**

Queixa Principal: Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC: _____ TOTAL: _____
 AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

RAIO - X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

CONFERE COM ORIGINAL
05/08/2021
Shek

Handwritten signature: Antônio Augusto

Handwritten signature: Carlos Henrique La Rosa
Médico
CRM/RR 463

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

Impresso por: adao
Data Hora: 09/09/2020 01:05:14



200126623

Este documento é propriedade do Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE

Bloco H

120-6 F

Leidiane Batista da Silva



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	Leidiane Batista	
AGNOSTIC	F x Autônomo	
ALERGIAS	HAS	NEGA DM2
IDADE	LEITO	DATA 09/09/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	1 1 1
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	1 1 1
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	1 1 1
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	1 1 1
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	1 1 1
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	1 1 1
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	1 1 1
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	1 1 1
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	1 1 1
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	1 1 1
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	1 1 1
13	SSVV + CCGG 6/6 H	1 1 1
14	CURATIVO DIÁRIO	1 1 1
15	No Bloco	
16		
17		
18		
19		
20		
21		

Cartão de Controle Médico
Médico
GRN RR 483

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	022/101 mg/dl
12 H	123/89	83	-	36,5°C
18 H	134/88	84	-	36,2°C
24 H	124/78	84	-	36,6°C

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Obs. não tem ainda na farmácia



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SALA DE RCP / GRANDE TRAUMA / HGR

DATA: 02/09/2020

NOME DO PACIENTE:

CELODIANO BATISTA DA SILVA

SINAIS VITAIS

A	TAX	FC	FR	SpO2	P.A	HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A	HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A	
	-	-	20	-	120x70	14:00						:						
0	-	125	29	98%	120x75	16:00	-	113	20	-	131x94	16:00						
2	-	95	20	98%	120x70	18:00						:						
					131x94	:						:						

M^o do Celso Coelho
TAS Enfermagem
Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

REALIZAÇÃO DE DEXTRO

A	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp
0					13:00					20:00				
0					14:00					22:00				
0					15:00					00:00				
0					16:00					02:00				
0					17:00					04:00				
0					18:00					06:00				
0					19:00									

Enfermeiro Matutino

Enfermeiro Vespertino

Enfermeiro Vespertino



Está Me Bloco A

120-6F

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 07/09/2020
PACIENTE: CELEDRANE DA SILVA DN: 1/1
DIAGNÓSTICOS: Fx. Pulmonar

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:

Curso AP

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Boa Vista, 09 de 09 de 2020. Hora: _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE. Carlos Enrique La Rosa CRM 463

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:
() HC () HLI () HMI () OUTRO _____
CRM _____

120-6

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	CLEIDIANE BATISTA DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DE OSSOS DO ANTEBRAÇO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	120-6	DATA	10/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				06 12 18 24 -06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
11	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
12	CURATIVO DIARIO				CURATIVO
13					
14					
15	ALTA HOSPITALAR				
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:

#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

Lael Silva (Res Ortop)
 CRM/RR 2015
 Loamir Viana (Res Ortop)
 CRM/RR 2124
~~Don Martins (Res Ortop)
 CRM/RR 2098~~
 Bruno Vieira (Res Ortop)
 CRM/RR 1231

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00054678/2021

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/12/2021 20:54:50 Data/Hora Fim: 13/12/2021 21:08:00
Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato Início: 09/09/2020 00:30

Data/Hora do Fato Fim:

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Jardim Tropical
Logradouro: Av. Olímpica - Rua Oito
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1224: DEIXAR O CONDUTOR DO VEÍCULO, EM ACIDENTE, DE PRESTAR IMEDIATO SOCORRO À VÍTIMA, OU, DEIXAR DE SOLICITAR AUXÍLIO DA AUTORIDADE PÚBLICA (ART. 304 DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo
1195: ACIDENTE DE TRÂNSITO AUTO LESÃO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLEIDIANE BATISTA DA SILVA (COMUNICANTE , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 11/07/1987 Idade 34
Profissão: Vendedor de Loja Escolaridade: Ensino Fundamental Completo
Estado Civil: Solteiro(a) Naturalidade: Itaituba - PA
Nome da Mãe: Antonia Vioneide Batista da Silva Nome do Pai: Eduardo Pereira da Silva

Documento(s)

RG: 467894-0
CPF: 883.170.482-68

Endereço

Logradouro: Tv. Raimundo Alves Souza / Bairro Jardim Tropical Nº: 168 = 2
Complemento: APT 2
Telefone: (95) 98410-6311 (Celular) (95) 99171-4558 (95) 99154-3608

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 091.339.756-39	Placa NAL3714
Renavam 00853072426	Número do Motor HA07E-5019756
Número do Chassi 9C2HA07005R019756	Ano/Modelo Fabricação 2005/2005
Cor AZUL	UF Veículo RR



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00054678/2021

Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/C100 BIZ
Veículo Adulterado?	Não	Situação	Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran	17/09/2020	Situação do Veículo	COMUNICACAO_DE_VENDA - RENAINF - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Cleidiane Batista da Silva	Proprietário		

RELATO/HISTÓRICO

Sr.(a) Delegado (a) a comunicante entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP, através do número telefônico: (95) 98410-6311 para relatar o seguinte fato: QUE no dia 09/09/2020, por volta das 00h:30min da madrugada, a comunicante conduzia sua motocicleta particular, de marca HONDA/C100 BIZ, de placa NAL-3714 em via pública pela Av. Olímpica no Bairro Jardim Tropical/RR/BV; QUE ao chegar no cruzamento da com a Rua Oito, inesperadamente, um carro, tentou realizar uma conversão para a avenida que a comunicante estava, invadido e colidindo na comunicante; QUE devido ao impacto a comunicante foi arremessada de sua motocicleta contra o carro e logo em seguida no solo; QUE a comunicante sofreu diversas lesões e fraturas por toda extensão do corpo devido a colisão; QUE o condutor do carro, após a colisão empreitou fuga do local e **NÃO** prestou auxílio a comunicante; QUE após isso, a comunicante foi socorrida por transeuntes que ali estavam; QUE com auxílio destes a comunicante conseguiu retornar para sua motocicleta e não esperou o SAMU e de imediato seguiu para o Hospital Geral de Roraima, onde recebeu o devido tratamento médico (Documentação médica em Anexo).

QUE a comunicante externa que somente registrou esse B.O na data de hoje (13/12/2021) para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

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

ASSINATURAS

Hualacy Seelig Soares de Souza
Chefe de Seção
Matrícula 020116684
Responsável pelo Atendimento

Cleidiane Batista da Silva
Comunicante, Vítima

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



Documento assinado eletronicamente, via Gov.BR, por **HUALACY SEELIG SOARES DE SOUZA**,
Responsável pelo Atendimento, em 13/12/2021 às 22:08:40, horário de Brasília.

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



A autenticidade do documento pode ser conferida no link:

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

Informe o código verificador (MAC): **UIMNGEG** e o código CRC: **0451302026PP**

Este documento ainda poderá receber assinaturas.

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: 883.170.482-68 4 - Nome completo da vítima: Cleidiame Batista da Silva

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

5 - Nome completo: Cleidiame Batista da Silva 6 - CPF: 883.170.482-68

7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: TV: Raimundo Alves Saigo 168 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Jardim Tropical 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.300-000

15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 9913-3855

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____

19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

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

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 000103450

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.

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

30 - Vítima deixou nasoturo (vairasos)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, RR, 14 de Dezembro 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Cleidiame Batista

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

**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: 3210254320

Nome do(a) Examinado(a): CLEIDIANE BATISTA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): TV RAIMUNDO ALVES SOUZA, 168 - JD TROPICAL - BOA VISTA - RR

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: 883.170.482-68

Data e local do acidente: 09/09/2020 - BOA VISTA/ RR

Data e local do exame: 03/03/2022 - BOA VISTA/ RR

Resultado da Avaliação Médica

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

Vítima de colisão moto/carro com consequente fratura do rádio/ulna esquerda

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

Imobilização de gessada por 02 meses, não fez fisioterapia.

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

Antebraço/punho E: deformidade devido consolidação viciosa + limitação dos movimentos de flexão/extensão/pronação/supinação + comprometimento da força motora de apreensão

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

SIM NÃO

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

SIM NÃO

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

Comprometimento anatomofuncional do punho E

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias.

"Sem 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.**

Segmento Anatômico ou Órgão Afetado	100% (completo)	75% (intenso)	50% (médio)	25% (leve)	10% (residual)
1º Punho E	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



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

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

Carimbo com nome e CRM