


PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
1ª Vara Cível
Processo 0813677-57.2019.8.23.0010
Comarca: BOA VISTA

Data de Autuação: 06/05/2019 **Situação:** Público

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Data Distribuição: 06/05/2019 **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

Parte(s) do Processo
Tipo: Promovente

Nome: Francisco Carvalho do Nascimento

Data de Nascimento: Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 990.959.042-53

Filiação: /

Advogado(s) da Parte

2045NRR ANDRÉ CARLOS ISRAEL

1018NRR ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS

Tipo: Promovido

Nome: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Data de Nascimento: Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

Advogado(s) da Parte

134307NRJ JOÃO ALVES BARBOSA FILHO



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO PROFISSÃO: _____
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO, FONE: 99178-5805,
E-MAIL: carvalhodo Nascimento francisco@gmail.com RG: 259906
SSP- RR e CPF: 990.959.042-53, RESIDENTE À
RUA: MAXIMILIANO TRINOABE N° 212,
BAIRRO: SENADOR H. CAMPOS, pelo presente instrumento procuratório,
nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 26 de ABRIL de 2019.

FRANCISCO C. DO NASCIMENTO
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO: Autônomo

RG N° 259906 SSP/ RR CPF: 990.959.042-53

ENDEREÇO: R: MAXIMILIANO TRINDADE 212

SENADOR HELIO CAMPOS.

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 26 de ABRIL de 2019.

FRANCISCO C. DO NASCIMENTO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	259906
DATA DE EXPEDIÇÃO	30/10/2017
NOME	
FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO	
FILIAÇÃO	
MILTON LIMA DO NASCIMENTO	
MARIA DO PERPETUO SOCORRO DA SILVA CARVALHO	
NATURALIDADE	
PIO XII - MA	
DOC. ORISEM	
CERTD NASC 27.256 FLS 167 LIV A-52	
PIO XII-MA	
CPF	
990.959.042-53	
2ª VIA	
ANADEU ROCHA TRIANI	
Partido Progressista do Rio Grande do Sul	
LEI Nº 7.116 DE 28/08/83	
P7	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA	
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ	
	
Polegar Direito	
	
ASSINATURA DO TITULAR	
CARTeira DE IDENTIDADE	
Francisco do Nascimento	

09.JAN. 2019



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0060752-5

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR Nº da Nota Fiscal: 001615816

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13 A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO (KWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
184	01/11/2018	95,56

MARIA DO PERPETUO SOCORRO DA SILVA CARVA
AV NAZARE FILGUEIRAS 683 Q-350 SENADOR HELIO CAMPOS
CPF: 00051234483220
CEP: 69.316-396 - BOA VISTA ROT: 28.001.26.25.109700

DADOS DA LEITURA	KWh	DATA DA LEITURA
Atual	2942	15/10/2018
Anterior	2758	13/09/2018
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura
Consumo Médio	184	14/11/2018
Consumo Faturado	184	11/10/2018
	FCAM	Apresentação
		15/10/2018

NORMAL

32

Classe Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Fato	Mês 12 meses
RESID. BX. RENDA BI		TDB1612014M	1420322	1.4.1.2	172

HISTÓRICO (KWh)	DESCRIÇÃO DA CONTA
SET/18 163	CONSUMO 30 A R\$ 0,196352 = 5,89
AGO/18 182	70 A R\$ 0,336605 = 23,56
JUL/18 155	84 A R\$ 0,504914 = 42,41
JUN/18 166	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA - 32,84
MAI/18 191	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 23,70
ABR/18 185	
MAR/18 197	
FEV/18 182	
JAN/18 175	
DEZ/17 161	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 30 - 0,157610	
31 A 100 - 0,270190	
101 A 184 - 0,405290	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 30/10/2018, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 189,48 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
09/2018	88,83	

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P
ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 151E.9A3D.3E59.D559.2F01.3731.1F64.E9F3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição 21,64	Base de Cálculo 71,86
Energia 34,62	Alíquota ICMS 17,00%
Transmissão 0,00	Valor do ICMS 12,21
Encargos 1,44	Valor do PIS 0,34
Tributos 14,16	Valor do COFINS 1,61

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,45 16,91 33,82 8,46 16,92 33,84 4,65
3,80 9,00 1,23

DISTRITO

08/2018

27,28

ROT: 28.001.26.25.109700

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0060752-5	95,56
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
10/2018	01/11/2018
Nº da Nota Fiscal: 001615816	FCAM

83650000000 2 95560075000 9 00000000000 4 75251018008 2



SEQ.: 00072 UC: 0060752-5 DT.LEIT.: 15/10/2018 T.ENTR.: 04
LEITURA: 2942 NORMAL TOTAL: 95,56 CARGA: 012
DT.VENC.: 01/11/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1101

09 JAN. 2019

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I

PMRR – CIPTUR

Nº 809653

Vtr

SUCp

Data

S/Setor

H/Trans.

H/ini

CH/h

H/Fin

CIP-02

Ciptur

01/10/18

OESTE

16h50min

16h50min

17h00min

18h45min

Cód. Oc.

Cód. Prov.

Cód. Ser. Prest.

Kml.

KmF.

1001-1003

13999

76581

76597

LOCAL DA OCORRÊNCIA

RUA: LAURA PINHEIRO MAIA / N° S/N Bairro PINTOLANDIA Ref.: CRUZAMENTO
TERTULIANO CARDOSO RAMOS

PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDO Nome: GREMISSON FARIAS MELO Idade: 20 E. Civil: SOLTEIRO

Endereço: RUA CEZAR NOGUEIRA JUNIOR N°2197 Bairro: SANTA LUZIA

RG: 3510794 SSP/RR CNH: 06852263228 Profissão: AUTONOMO

CPF: 03737796238 Telefone: 99140 7297

2 ENVOLVIDO Nome: FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO Idade: 29 E. Civil: SOLTEIRO

Endereço: RUA JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE N° 212 Bairro: SENADOR H. CAMPOS

RG: 259906 SSP/RR CNH: NÃO INFORMADO Profissão: PEDREIRO

CPF: 99095904293 Telefone: 98120 3769

3 Pas. Moto 1 Nome: AMANADA BEATRIZ DE SOUSA AZEVEDO Idade: 19 E. Civil: SOLTEIRA

Endereço: RUA CEZAR NOGUEIRA JUNIOR N° 2197 Bairro: SANTA LUZIA

RG: 405014-2 SSP/RR CNH: XXXXX Profissão: XX

CPF: XXXXXXXXX Telefone: 99140 7297

VEICULOS ENVOLVIDOS.

V1-HONDA/FAN NA COR PRETA, PLACA NAP 4487, DANOS: MOTO BASTANTE AVARIADA NA PARTE FRONTAL E LATERAL ESQUERDA;

V2- HONDA BIZ NA PRETA, PLACA NAM1134, DANOS: CARENAGENS, DESCARGA E PNEU DIANTEIRO.

RÉCEBI OS CONDUZINDOS E MATERIAIS ACIMA ANOTADOS: Não Houve

ASSINATURA

CARGO

LOCAL

HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO (a)

FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER A UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM DANOS MATERIAIS E LESÃO CORPORAL NO LOCAL ACIMA CITADO.

NO LOCAL FOMOS INFORMADO PELO ITEM-1, QUE SEGUIA EM SUA MOTOCICLETA HONDA/FAN NA COR PRETA, PLACA NAP 4487, PELA RUA LAURA PINHEIRO MAIA SENTIDO CENTRO/BAIRRO, QUANDO TEVE SUA MOTOCICLETA COLIDIDA PELA MOTOCICLETA DO ITEM-2 QUE SEGUIA EM SUA HONDA/BIZ NA PRETA, PLACA NAM1134 PELA RUA TERTULIANO CARDOSO RAMOS SENTIDO RUA N21, QUANDO ESTE NÃO OBEDECEU A PLACA DE SINALIZAÇÃO (PARE) EXISTENTE NO LOCAL, VINDO OCASIONAR O ACIDENTE.

FOI ACIONADO O RESGATE/BOMBEIRO, PRESTANDO OS PRIMEIROS ATENDIMENTO E CONDUZINDO O ITEM-2 AO "PSE". O ITEM-1 TINHA COMO PASSAGEIRA A ITEM-3, E QUE SOFRERAM ESCORIAÇÕES, POREM DISPENSARAM OS ATENDIMENTOS MEDICOS DO "SAMU". NÃO FOI ACIOANDO A PERICIA, DEVIDO O GRANDE FLUXO DE VEICULOS.

O VEICULO DO ITEM-1 ESTAVA COM SUA SITUAÇÃO REGULAR E FOI LIBERADO NO LOCAL. O VEICULO DO ITEM-2 NÃO ESTAVA DEVIDAMENTE LICENCIADA, FOI TOMADAS AS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS E NÃO FOI REMOVIDA POR FALTA DE MEIOS, SENDO A MESMA ENTREGUE A Sra° (EDNA CARVALHO DO NASCIMENTO), PROPRIETARIA DA MOTOCICLETA ERA O QUE TINHA A RELATAR.

LEANDRO NOGUEIRA BEZERRA

41.583-9
CADASTRO

SD PM
GRADUAÇÃO

CIPTUR
SUCp



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039040/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/10/2018 07:00 Data/Hora Fim: 02/10/2018 07:24
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: I 809653 Data: 01/10/2018
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 01/10/2018 16:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Pintolândia

Logradouro: Rua: Laura Pinheiro Maia

Complemento: Com Tertuliano Cardoso ramos

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GREMISSON FARIAS MELO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 20

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Cesar Nogueira JUnior

Nº: 2197

Bairro: Santa Luzia

Nome Civil: FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 29

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 259906

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Maximiliano Trindade

Nº: 212

Bairro: Senador Helio campos

Nome Civil: AMANADA BEATRIZ DE SOUSA AZEVEDO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade 19

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Cesar Nogueira Junior

Nº: 2197

Bairro: Santa Luzia



09 JAN. 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039040/2018

Razão Social: PM (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

ROP/PM, INFORMA ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS E LESÃO CORPORAL NO LOCAL DO FATO. QUE O ITEM 01 SEGUIA EM SUA MOTOCICLETA HONDA/FAN NA COR: PRETA, PLACA: NAP 4487 PELA RUA: LAURA PINHEIRO MAIA SENTIDO CENTRO/BAIRRO, QUANDO TEVE SUA MOTOCICLETA COLIDIDA PELA MOTOCICLETA DO ITEM -2 QUE SEGUIA EM SUA HONDA/BIZ, COR: PRETA, PLACA: NAM 1134 PELA RUA: TERTULIANO CARDOSO RAMOS SENTIDO RUA N 21, QUANDO ESTE NÃO OBEDECEU A PLACA DE SINALIZAÇÃO(PARE) EXISTENTE NO LOCAL DO FATO, VINDO OCASIONAR O ACIDENTE. FOI ACIONADO O RESGATE/BOMBEIRO,PRESTANDO OS PRIMEIROS ATENDIEMNTOS E CONDUZINDO O ITEM 2 AO PSE. O item 1 TINHA COMO PASSAGEIRA A ITEM 3 E QUE SOFRERAM ESCORIAÇÕES,PORÉM, DISPENSARAM OS ATENDIMENTOS MÉDICOS DO SAMU. NÃO FOI ACIONADO A PERICIA DEVIDO O GRANDE FLUXO DE VEÍCULOS . O VEICULO 1 ESTAVA COM DOCUMENTAÇÃO REGULAR E FOI LIBERADO NO LOCAL, O VEICULO DO ITEM 2 NÃO ESTAVA DEVIDAMENTE LICENCIADA,FOI TOMADAS AS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS E NÃO FOI REMOVIDA POR FALTA DE MEIOS SENDO A MESMA ENTREGUE A SRA. EDNA CARVALHO DO NASCIMENTO) PROPRIETÁRIA DA MOTOCICLETA. É O RELATO.

ASSINATURAS


Natal Altair Soares
Responsável pelo Atendimento


Francisco Carvalho do Nascimento
(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."



09 JAN. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – DAT

“Amazônia: Patrimônio dos brasileiros”



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 039040/2018/ 3º DISTRITO POLICIAL**

O Sr.º

NOME: FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO

RG : 259906 SSP/RR

SEXO: MASCULINO

DATA DE NASCIMENTO: 25/06/1987

TELEFONE:

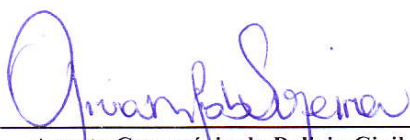
ENDEREÇO: RUA – MAXIMILIANO TRINDADE, 212

BAIRRO: SENADOR HELIO CAMPOS



A comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corrigir no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do Veículo e nome do Proprietário.

- CHASSI 9C2JA04206R839467;
- EDNA CARVALHO DO NASCIMENTO (PROPRIETÁRIA);
- MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES;



Agente Carcerário de Polícia Civil
Givanildo da Silva Vieira
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 20 de Fevereiro de 2019.



FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO
Comunicante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edna Carvalho do Nascimento,
RG nº 359207-3, data de expedição 16 / 04 / 2002,
Órgão SSP-RR, portador do CPF nº 031.368.852-00, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
RR, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) _____
Av. Nazare Filgueiras, nº 683,
Bairro: Senador Helio Campos, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Francisco Carvalho do Nascimento,
cujo o condutor era Francisco Carvalho do Nascimento.

Veículo: MOTONETA

Modelo: HONDA/Biz 125 ES

Ano: 2006

Placa: NAM1134

Chassi: 9C2JA04206R839467

Data do Acidente:

Local e Data: Boa Vista/RR, 08 / 05 / 2019.



Edna Carvalho do Nascimento

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Atalide Teire, 4807 - Asa Branca - Boa Vista/RR
Fone: (95) 3627-4186
Zoficioboavista@cartorioaquino.com.br

74179.5c35003b75868
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
*EDNA CARVALHO DO NASCIMENTO

74.179

Em testemunho da verdade, BPO
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 08 de janeiro de 2019.
Consulta o(s) selo(s) abaixo em: portal.eiorr.com.br
RECIFIR168206AE1YKH1KFN20F27

Emolumentos: R\$ 2.39 Fundos/ISS: R\$ 0.60 Total: R\$ 2.99

Trícia Oliveira de Aquino
Dante Escrivente Autorizada

09 JAN. 2019

1801016526		01/10/2018 17:41:06		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		5	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO				25/06/1987		31 A 3 M 6 D		704508318107813		99095904253	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		259906		SSP				M			
Mãe		MARIA DO PERPETUO SOCORRO DA SILVA CARVA		Pai		MILTON LIMA DO NASCIMENTO		Contato		(95) 99128-5805	
Endereço		AVENIDA - NAZARE FILGUEIRAS - 683 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR		Ocupação							
Cláss. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sic Prenatal	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
OUTROS		URGÊNCIA									
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrada por		ANTONIA.SOARES	
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA									
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengu			
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)				HOSPITAL DE RORAIMA		AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N		Novo Planalto Tel (95) 2121-0920		h)	
Exame Físico				AUTENTICAÇÃO		01 DEZ. 2018		Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentada neste Hospital.		Poltrauma em Ruptura do Membro Superior?	
Hipótese Diagnóstica				Re-avaliação						Fratura do C. + clínicas	
SADT - Exames Complementares				☐ RAIO-X		☐ ULTRA-SON		☐ TC		☐ SANGUE	
				☐ URINA		☐ ECG		☐ OUTROS			
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
Sint. agudo de dor				Falta de		- fratura					
- fratura de						- fratura					
- fratura de						- fratura					
- fratura de						- fratura					
Condição				☐ Alta por Decisão Médica		☐ Ambulatorio		☐ Observação (Até 24h)		☐ Internação	
				☐ Alta a Pedido		☐ Observação (Até 24h)		☐ Internação		☐ Internação	
				☐ Alta a Revelia		☐ Observação (Até 24h)		☐ Internação		☐ Internação	
				☐ Transferência para:		☐ Observação (Até 24h)		☐ Internação		☐ Internação	
óbito				Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não		Destino: ☐ Família		☐ IML		Anatomia Patológica	
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: antonia.soares				Data Hora: 01/10/2018 17:47:24							

Pet cl ff expof
f pmda 4º e 5º fclap
Zc O.

Ac cc

Dr. Anderson P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM 174.774-0/RS



09 JAN. 2019



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA



Descrição de Procedimento

Nome: **FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO**

Profissionais: Dr. Éder / Dr Paulo R2/ Drª Adélie R1

Data: 01/10/2018

- 1- Paciente em DDH + Assepsia e Antissepsia.
- 2- Anestesia Local em 5º EIC, linha média axilar, em hemitórax E, superficial e profunda.
- 3- Incisão respeitando o sentido das costelas em 5º espaço intercostal.
- 4- Divulsão com Kelly Curva sobre a borda superior da costela inferior, divulsão até a cavidade torácica, dissecação romba com avaliação digital.
- 5- Passagem de tubo fenestrado nº 32 em sentido postero-superior.
- 6- Conexão do tubo ao sistema fechado em selo d'água com saída de ar sob pressão.
- 7- Fixação do tubo à pele com Nylon 2-0 (em "U") e ponto de segurança com fio Nylon 2-0.
- 8- Limpeza local e curativo oclusivo.
- 9- Dreno funcionante (oscilante), borbulhando ar.
- 10- Raio-X de Tórax de controle.


Dra. Adélie Gai Costa
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM-RR: 1868


Dr. Éder
Cirurgia Geral
CRM 1275

09 JAN. 2019

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		ACTA 0	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE						2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE						4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
5 - NOME DO PACIENTE						6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - GÊNERO						10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	
11 - TELEFONE DE CONTATO						12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
						15 - UF	
						16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS						JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
+ f. pet. cl. H. fechada de respiração + f. de ventilação de fechada. + respiração tracheal 9-15-18 cl. comunicação dos 4-5-18 Pet. cl. Sinais Tóxicos HTE + H. T. 2						18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO						21 - CID 10 PRINCIPAL	
22 - CLÍNICA						23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
24 - CARACTERIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO						25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - DOCUMENTO						27 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE						29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
						30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
31 - CNPJ DA SEGURADORA						32 - Nº DO PÓLICE	
33 - ACIDENTE DE TRABALHO						34 - SÉRIE	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO						36 - CNPJ EMPRESA	
37 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO						38 - CNES DA EMPRESA	
39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA						40 - CBO	
41 - EMPREGADO						42 - APOSENTADO	
43 - EMPREGADOR						43 - NÃO SEGURADO	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
46 - DOCUMENTO						47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO						49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

09 JAN. 2019

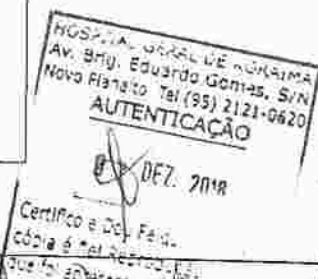


BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 1/19/18 O.S. 4

Francisco Carvalho
do Nascimento



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: amputação traumática 4º e 5º F. MTT

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: na amputação exposta

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Anderson 1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: Anderson ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Pet. 1000 Sels. 120g
- 2) amputação + antiseptia + LMC
- 3) nova amputação + antiseptia + capos + LMC + foros
- 4) regularização coto 4º e 5º F. MTT
Unidade de fratura e amputação
4º e 5º F. MTT
- 5) LMC + foros + Regio. de FO e 1/2
- 6) curativo.

Dr. Anderson P. Silva
Cirurgião e Ortopedista
CRM 10.123.456 RQE 6.78



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Paralela do Brasil"

FICHA DE ANESTESIA

Exame e avaliação do Nascimento 3ra

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº <i>Boo 650 - m</i> <i>2/10/18</i>															
AGENTES	N 20																
	02																
LÍQUIDOS VENOSOS																	
DA	TD	240															
X	38	220															
ULBO	36	200															
AMES	34	180															
X	32	160															
OP	30	140															
O		120															
TEMP		100															
ASPIRIL		80															
A		60															
RESP		40															
		20															
Expirat																	
Alveol																	
Corino																	
SÍMBOLOS																	

AGENTES	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES V
A	<i>Exame e avaliação do Nascimento 3ra</i>		<i>Exame e avaliação do Nascimento 3ra</i>
U			
C			
D			
E			
F			
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Nasal / Oro Faríngea	
NOVO		Nasal / Orofaríngea - Cego	
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
<i>Hocurupco L. Lins</i>			
ANESTESIA		CODIGO	CIRURGIÃO
<i>2. Exame e avaliação do Nascimento 3ra</i>			<i>Dr. Lins</i>
		PERDA SANGÜINEA	

Arquivo Médico - L. Lins

Sintomas
3. Exame e avaliação do Nascimento 3ra
4. Exame e avaliação do Nascimento 3ra

09 JAN. 2019

V. 2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DH	DN
PACIENTE	AC - Conselho do herc entop		
DIAGNÓSTICO	Foi infundado traumático 4º e 5º fêmur + M.		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	08/10/18
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		Line
2	AVP		manter
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H		06-05-11
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		24-12
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/5H		06-12-18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SN
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N		SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SN
11	CURATIVO DIARIO		Ratimor
12	SSVV + CCGG 6/6 H		Verificar
13	Antibiótico 240g @ 1x dia		06
14	Antibiótico 100g @ 8/8h		06-14-
15	SF 0.9% 500-0 @ 8/8h		06-14-
16			
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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 P. FONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
23:35hpt el ft clauda @ + escópia relatório tipo 1/5/12 de uma foto maneira.			
Dr. Anderson P. Silva Médico Ortopedia e Traumatologia C.R.O. RA 1735 RQE 616			
SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			
06/10/18 Obis Pacado de oblique retornado + Sine de sangue. — mo			

09 JAN. 2019

F-17



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA




DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		MONTANO, Mafalfo, do Nascimento	
DIAGNÓSTICO		Les. Ep. anfrato traumática 4 ^o , 5 ^o fêmur + pu	
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	02/10/19
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	SUS	
2	AVP	alison	
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H	12, 18, 04 ^h	
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H	12, 24 ^h	
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H	12, 18, 24 ^h	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	F	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	8	
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N	8	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	2	
11	CURATIVO DIARIO	Ney	
12	SSVV + CCGG 6/6 H	Ney	
13	Medic. em 400 mg (C) 12/12h	12, 24 ^h	
14	Medic. em 400 mg (C) 12/12h	12, 24 ^h	
15			
16			
17			
18			
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

Regulado para leito

21 BLE 17

Regulação interna

Diagnóstico: Lesão traumática em 4^o e 5^o fêmur com fratura fechada.

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TAX
6 H	100 x 70	88	18	36,4°
12 H	113 x 70	97	24	36,4°
18 H	130 x 70	93		36,5°
24 H	126 x 80	84	16	36,5°

B: realizado curativo em 15.01.19. A - 124 x 88

FC - 100

TAX - 36,5°

09 JAN. 2019

1810 pontos no fêmur maxilares e = 55/100

Gretelene S. Galvão
Téc. Enfermagem
COREN-RR 886.552

Pablo Caraballo Enfermeiro Júnior
MARCOS 32197

F 17



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




PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		FRANCISCO CAVALHO DO NASCIMENTO	
DIAGNÓSTICO		percep. AMPUTADA 4ª e 5ª FALANGE	
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	3/10/18

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	5MD
2	AVP	
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H	24° 06°
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H	24° 06°
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H	24° 06°
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
11	CURATIVO DIARIO	
12	SSVV + CCGG 6/6 H	
13	BENTANINA 240mg EV. 8/8h	
14	CLONIDINA 600mg EV. 6/6h	
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

06.12. Troca de soro e medicação
 07.12. Troca de soro e medicação
 08.12. Troca de soro e medicação
 09.12. Troca de soro e medicação
 10.12. Troca de soro e medicação
 11.12. Troca de soro e medicação
 12.12. Troca de soro e medicação
 13.12. Troca de soro e medicação
 14.12. Troca de soro e medicação
 15.12. Troca de soro e medicação
 16.12. Troca de soro e medicação
 17.12. Troca de soro e medicação
 18.12. Troca de soro e medicação
 19.12. Troca de soro e medicação
 20.12. Troca de soro e medicação

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	D E
6 H	120 x 70	70	36.5	20
12 H	130 x 70	70	35.8	+
18 H	140 x 70	70	35.8	+
24 H	140 x 70	70	36.5	+

09 JAN. 2019

FRANCISCO CASUALHO DO NASC.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

404



DATA DE ADMISSÃO		DIJH		DN	
PACIENTE <i>Francisco do Nascimento</i>					
DIAGNÓSTICO <i>Lesão por compressão 4º, 5º e 6º vértebras</i>					
ALERGIAS <i>sem</i>		HAS	<i>sem</i>	DM2	
IDADE		LEITO	<i>117</i>	DATA	<i>4/10/18</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				<i>SM</i>
3	CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/5H				<i>Manhã</i>
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				<i>esp.</i>
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				<i>esp.</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>12h 9h</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>2h</i>
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	<i>Anticoagulante 240 mg EV 1x ao dia</i>				
14	<i>Anticoagulante 600 mg EV 1x ao dia</i>				
15	<i>Anticoagulante 500 mg EV 1x ao dia</i>				
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:					
<i>OMS - Paciente PI DTCD, funcionando!</i> <i>Elaine P. Caetano</i> CORENRR 11415 Regulado para leito <i>PI BLD 404-2</i> Regulação Clínica					
SINAIS VITAIS	PA	FC	T	FR	
6 H					
12 H	<i>100x70</i>	<i>75</i>	<i>36°C</i>		
18 H	<i>100x70</i>	<i>75</i>	<i>36,3°C</i>	<i>19</i>	
24 H	<i>119x76</i>	<i>63</i>	<i>36,4°C</i>	<i>18</i>	

404.2

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA						 																														
DATA DE ADMISSÃO		01/10/2018	DIH	DN	25/06/1987																															
PACIENTE FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO																																				
AGNÓSTICO FX EXPOSTA 4º E 5º FALANGE PE ESQ COM COMINUÇÃO DOS 4º E 5º MT																																				
ALERGIAS																																				
IDADE	31	HAS	DM2																																	
LEITO	404-2	DATA	05/10/2018																																	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO																														
1	DIETA ORAL LIVRE					SND																														
2	AVP					Monteiro																														
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS					12/18 off																														
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					SN																														
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					SN																														
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N					SN																														
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					SN																														
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN																														
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					SN																														
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O					off																														
14	SSVV + CCGG 6/6 H					Refined																														
15	CURATIVO DIÁRIO					Curativo																														
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1;05/10)					off																														
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																																				
EVOLUÇÃO MÉDICA:																																				
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES																																				
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.																																				
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO																																				
Dr. Odinachi Okemiri Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 15718																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>73/50/50</td> <td>63</td> <td>20</td> <td>36,3</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>73/50/50</td> <td>63</td> <td>20</td> <td>36,2</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>140/80</td> <td>60</td> <td></td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>6H</td> <td>100/80</td> <td>75</td> <td></td> <td>36</td> </tr> </tbody> </table> Dr. Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia							SINAIS VITAIS					6 H	PA	FC	FR		12 H	73/50/50	63	20	36,3	18 H	73/50/50	63	20	36,2	24 H	140/80	60		6	6H	100/80	75		36
SINAIS VITAIS																																				
6 H	PA	FC	FR																																	
12 H	73/50/50	63	20	36,3																																
18 H	73/50/50	63	20	36,2																																
24 H	140/80	60		6																																
6H	100/80	75		36																																

NAS 19-07h. Pac. queixou-se de dor em tórax feito item
 @CPM. Adm. de medicações de horário. Aferido sinais
 vitais. Luzânia Lima Cabell
 Téc. Enfermagem
 COREN-RR 963.890 TE
 09 JAN. 2019

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA						 	
DATA DE ADMISSÃO	01/10/2018	DIH		DN	25/06/1987		
PACIENTE	FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO						
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA 4º E 5º FALANGE PE ESQ COM COMINUÇÃO DOS 4º E 5º MT						
ALERGIAS	HAS DM2						
IDADE	31	LEITO	404-2	DATA	06/10/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						S/N/D
2	AVP						S/N/D
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS						monte
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N						10/10/18
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						S/N/D
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N						S/N/D
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA						S/N/D
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						S/N/D
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N						S/N/D
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O						S/N/D
14	SSVV + CCGG 6/6 H						ob
15	CURATIVO DIÁRIO						Realizar
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1;05/10)						curativo
17							20
18							
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						S/N/D

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	130 x PA 70	FC 70	FR 14	36.8
12 H	122/87	79	20	36.5
18 H	129/80	85	20	36.6
24 H	Defut	de fu	normais	-

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 185788

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

09 JAN. 2019

404-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	01/10/2018	DIH		DN	25/06/1987
PACIENTE	FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO				
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA 4º E 5º FALANGE PE ESQ COM COMINUÇÃO DOS 4º E 5º MT				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	31	LEITO	404-2	DATA	07/10/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				12 18
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				24 06
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1;05/10)				
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1651/RR

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	140/80	77	20
18 H	140/80	89	20
24 H	130/70	77	20

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

07/10/18 Paciente adm. med. c.p.m. +
SSVV.

Valdireia de Almeida
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 964900-TE

09 JAN. 2019

Iranli Siqueira Mc
Aux. de Enferm.
COREN-RR 292.9

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																					
PRESCRIÇÃO MÉDICA																											
DATA DE ADMISSÃO		01/10/2018		DIH		DN 25/06/1987																					
PACIENTE FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO																											
AGNÓSTICO FX EXPOSTA 4º E 5º FALANGE PE ESQ COM COMINUÇÃO DOS 4º E 5º MT																											
ALERGIAS		HAS		DM2																							
IDADE 31		LEITO		404-2		DATA 09/10/2018																					
ÍTEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO																				
1	DIETA ORAL LIVRE																										
2	AVP																										
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS																										
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N																										
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N																										
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N																										
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA																										
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																										
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N																										
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O																										
14	SSVV + CCGG 6/6 H																										
15	CURATIVO DIÁRIO																										
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1;05/10)																										
17																											
18																											
19																											
20																											
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																											
EVOLUÇÃO MÉDICA:																											
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES																											
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.																											
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO																											
 Dr. Odinachi Okemiri Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 185146																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>12 H</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18 H</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>24 H</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>								SINAIS VITAIS				6 H	PA	FC	FR	12 H				18 H				24 H			
SINAIS VITAIS																											
6 H	PA	FC	FR																								
12 H																											
18 H																											
24 H																											

Cópia

Ata de Ortopedia
09 JAN. 2019



HOSPITAL DE CIRURGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

404

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME: FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO

1 Dieta oral hipolipídica

2 AVP

4 Clindamicina 600 mg EV 6/6 H

5 Gentamicina 240 mg EV 1x/dia

6 Plasil 10 mg EV de 8/8h (SN)

7 Omeprazol 40mg EV 1x/dia

8 Dipirona 1g EV 6/6h

9 Curativo diário

10 SSVV +CCGG

11

12

LEITO

404-2

DATA

09/10/2018

POS OP AMPUTACÃO /
DRENAGEM TORACICA

Médicos Responsáveis

Anotações da Enfermagem

Dra. Adlene Gai Costa
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM-RR 1968

SINAIS VITAIS

RÁPIO

PA

FC

TEMPERATURA

FR

DIURESE

EVACUAÇÃO

CURATIVO

DEXTRO

< 70

< 200

201-250

251-300

301-350

351-400

>400

Insulina Regular

Glicose 50% 40 ml EV

0 UI - SC

02 UI - SC

04 UI - SC

06 UI - SC

08 UI - SC

10 UI - SC

CHAMAR PLANTONISTA

HORA

DEXTRO

INSULINA

7013 h foi adm -
medicação de horário
+ SSVV

Ana Maria S. Maciel
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000.41782-7

404-2



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SU
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Francisco Carvalho B. Casamento, 31 ANO

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 01/10/18, COM

DIAGNÓSTICO DE fratura exposta 4ª 5ª falange 1º (E) e 2ª (E) 4ª 5ª falange 1º (E) e 2ª (E)

NO DIA 01/10/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE Reparo cirúrgico de fratura 4ª 5ª falange 1º (E) e 2ª (E) SEM

OPERADO PELO DR. Ulderson E DR. Ulderson

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 01/10/18, ÀS 12,30hs, E
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 18/10/18, ÀS 14,00hs, COM
DR. Ulderson

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Dr. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO:

01 DEZ. 2018

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

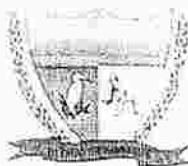
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

BOA VISTA, 01/10/18

Dr. Edinacho Okemini
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 26511/R

09 JAN. 2019

MÉDICO



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

NOME: FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO

DATA DA INTERNAÇÃO: 01/10/18

DATA DO PROCEDIMENTO: 01/10/18

DATA DA ALTA: 10/10/18

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: DR. ÉDER/ DR. PAULO R2/ DRA. ADÉLIE R1

DIAGNÓSTICO:

Hemopneumotórax à E devido trauma contuso

TRATAMENTO

TORACOTOMIA EM SELO D'ÁGUA À ESQUERDA

EVOLUÇÃO

Evoluiu sem intercorrências relativas ao procedimento cirúrgico, sem queixas, deambulando, aceitando bem dieta, boa diurese, evacuação e flatos positivos.

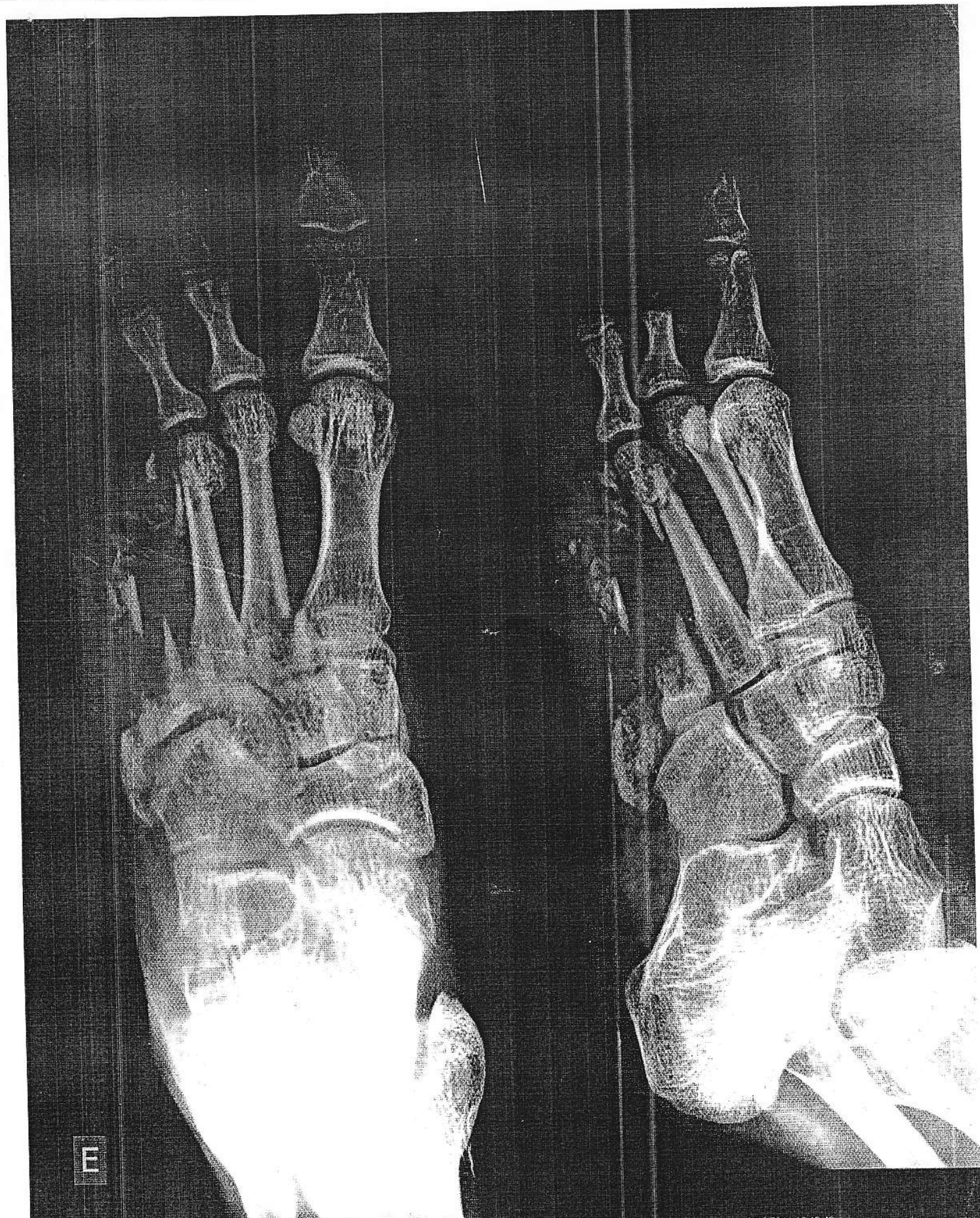
ORIENTAÇÃO

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências (por exemplo: febre, dor forte, vômitos, diarreia).
2. Dieta liberada (alimentação normal).
3. Não fazer esforços físicos até 20 dias após a cirurgia.
4. Lavar a Ferida operatória (cortes) com água e sabão/sabonete e manter limpa e seca.
5. Retirar os pontos após 10 dias da cirurgia no posto de saúde.
6. Retornar ao ambulatório de Cirurgia Geral com Dr. ÉDER no dia **26/10/2018 (sexta-feira) às 08:00h** no Hospital Coronel Mota (COMPARACER NA RECEPÇÃO DO HOSPITAL TRÊS DIAS ANTES PARA MARCAÇÃO DE CONSULTA).

Dr. Adélie Grazi Costa
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM-RR 1988

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR
Tel: (95) 2121-0615

09 JAN. 2019



80.9% 8/10/2018 16:13:42

FRANCISCO CARVALHO NASCIMENTO ,

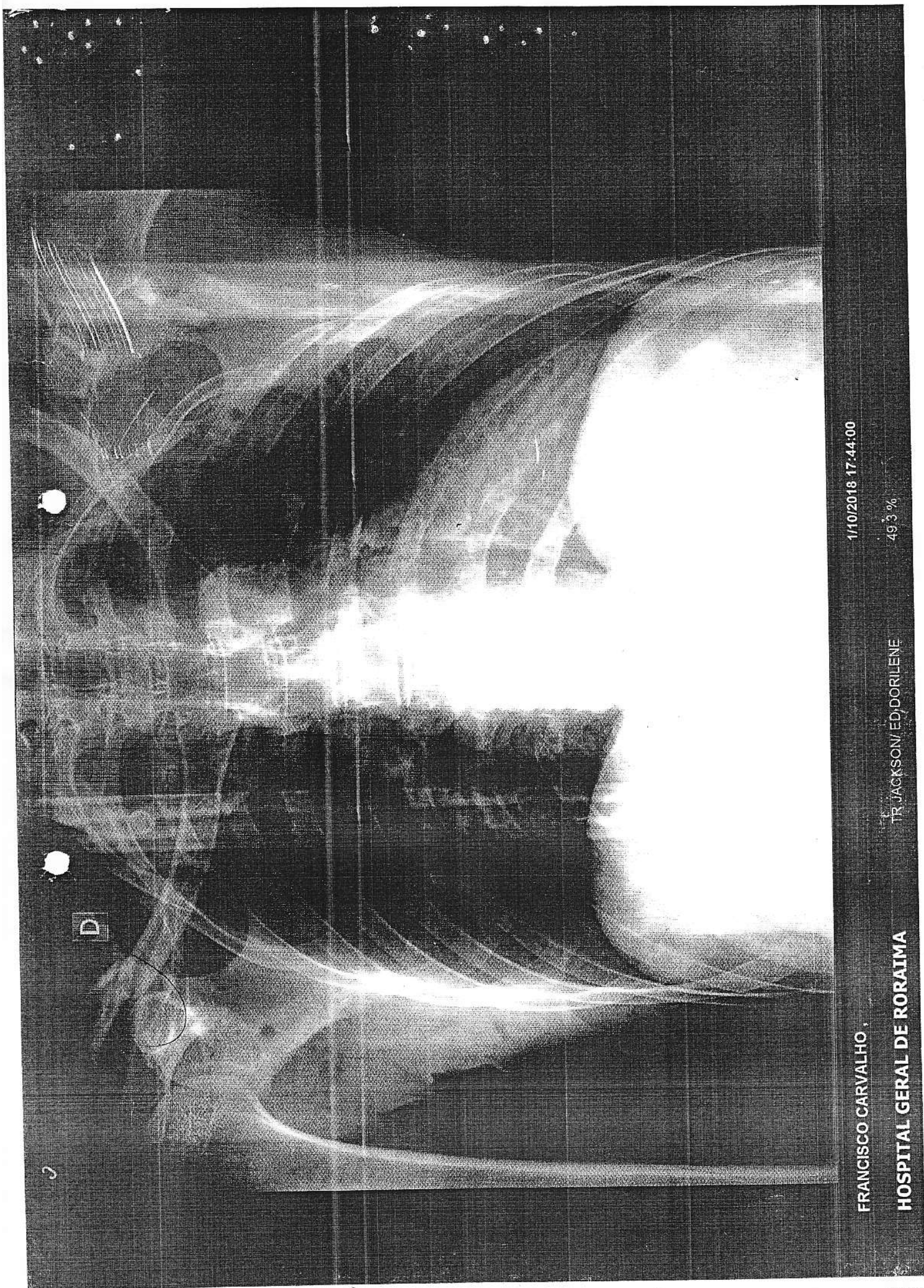
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

75.1%

BLOCO/D L/404-2

TR ILZA/ED. ROSANGELA

8/10/2018 16:13:42



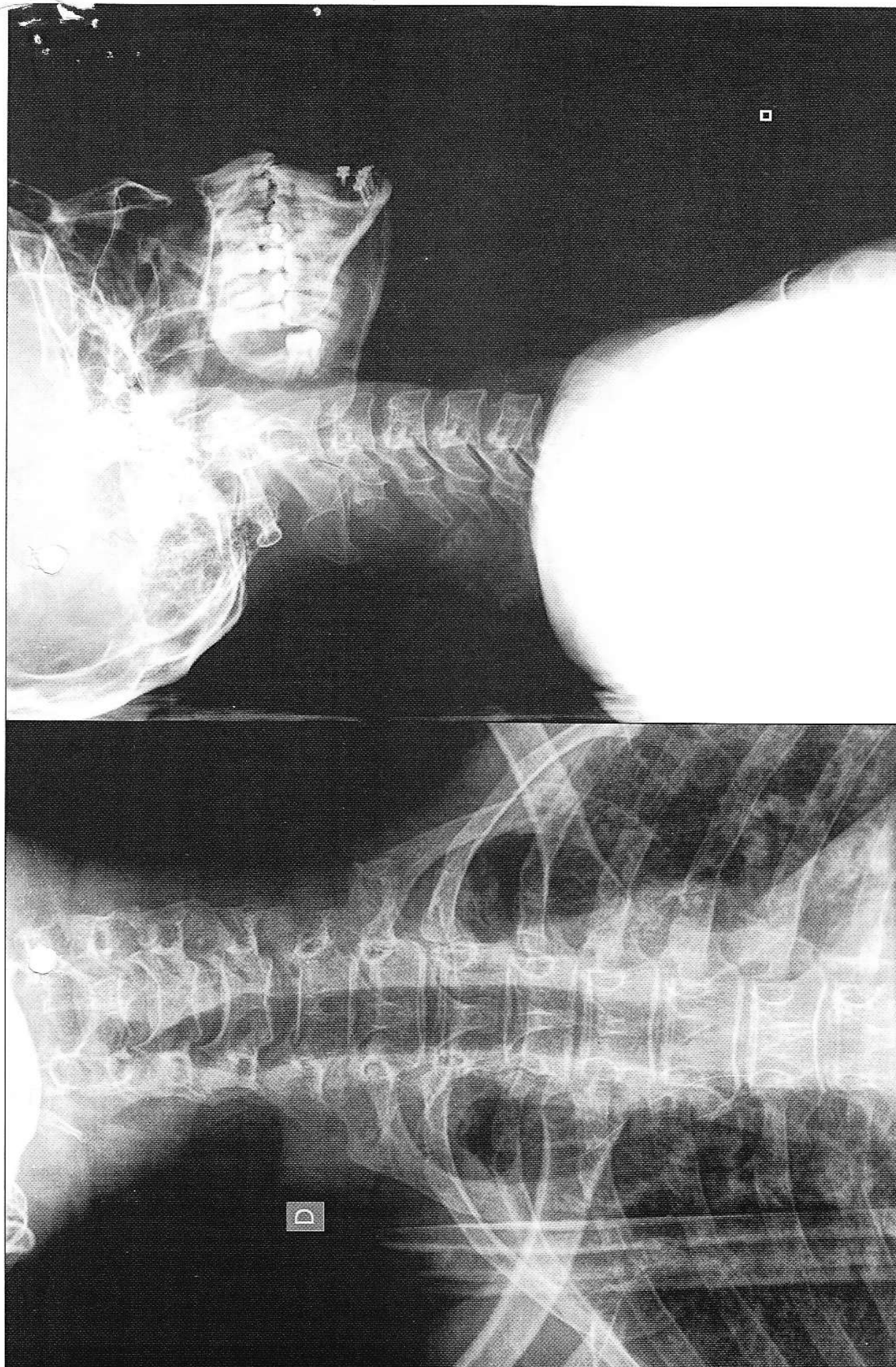
1/10/2018 17:44:00

49.3 %

TR JACKSON/ED/DORILENE

FRANCISCO CARVALHO ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



1/10/2018 17:44:00

44,1 %

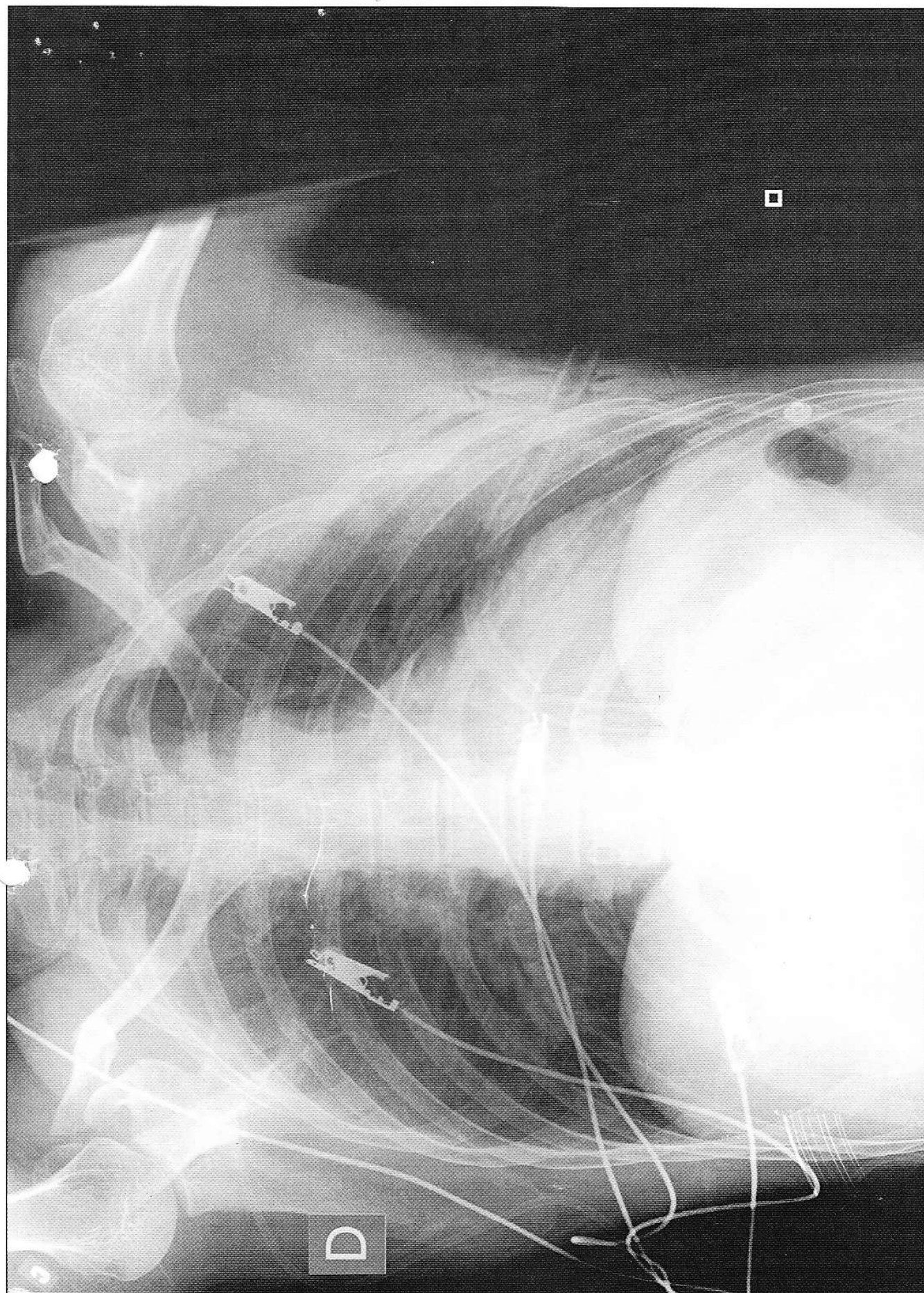
1/10/2018 17:44:00

55,4 %

FRANCISCO CARVALHO,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR JACKSON/ED DORILENE



1/10/2018 22:06:33

49.3 %

FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



D

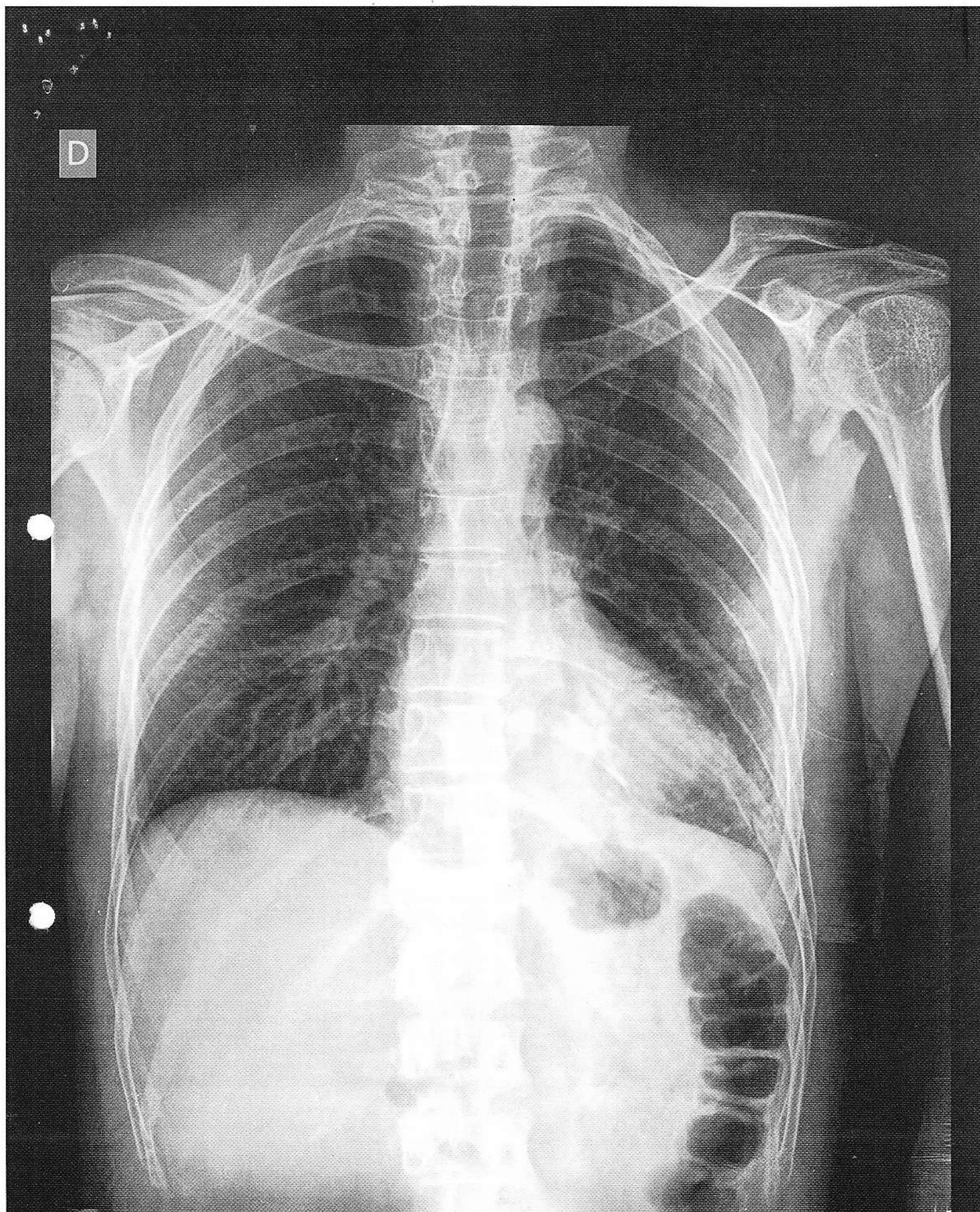
2/10/2018 11:31:33

79.9 %

TR. NASCIMENTO/ED. ROSANGELA

FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO

BLOCO/D L/404-2

9/10/2018 17:47:54

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. NASCIMENTO/ED. ROSANGELA

64.3 %



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 990.959.042-53 Nome completo da vítima: Francisco Carvalho do Nascimento

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

Nome completo: Francisco Carvalho do Nascimento CPF: 990.959.042-53
Profissão: Pedreiro Endereço: Av. Nazare Felgueiras Número: 683 Complemento: Q - 350
Bairro: Senador Helio Campos Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.316-396
E-mail: ilovrr@hotmail.com Tel.(DDD): (95) 98125-9538

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0250 X CONTA: 8.376.425 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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.

Local e Data: Boa Vista - RR 09/01/2019
Nome: Francisco Carvalho do Nascimento
CPF: 990.959.042-53

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

09 JAN. 2019



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Iloir Trício de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Cernvalho de Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 990.959.042 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura Tratado da Vítima Francisco Cernvalho de Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 990.959.042 / 53, 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. Antônio Pinheiro Galvão</u>		Número	<u>1832</u>	Complemento
Bairro	<u>Buritiz</u>	Cidade	<u>Boa Vista</u>	Estado	<u>RR</u>
Email	<u>iloirr@hotmail.com</u>		CEP	<u>69.309-209</u>	
			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
				<u>(95)98125-9538</u>	

Boa Vista, 09 de Janeiro de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante

09 JAN. 2019



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO

CPF da Vítima

990.959.042-58

Data do Acidente

01.10.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista-RN, 09 de Janeiro de 2019

Local e Data

FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190032122

Vítima: FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **001**

Agência: **000000250-X**

Conta: **000018376425-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01895/01896 - carta_15R - INVALIDEZ

00030948



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=6.750%2C0...>



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 6.750,00
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	1/10/2018 a 1/5/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	1/10/2018 a 6/5/2019

Dados calculados

Fator de correção do período	212 dias	1,025345
Percentual correspondente	212 dias	2,534545 %
Valor corrigido para 1/5/2019	(=)	R\$ 6.921,08
Juros(217 dias-7,46275%)	(+)	R\$ 516,50
Sub Total	(=)	R\$ 7.437,58
Valor total	(=)	R\$ 7.437,58

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	6.750,00
Data inicial	1/10/2018
Data final	1/5/2019
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
1/10/2018	1/11/2018	0,5800 (%)	6.789,15
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	6.802,05
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	6.791,17
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	6.811,54
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	6.834,70
1/3/2019	1/4/2019	0,5400 (%)	6.871,61
1/4/2019	1/5/2019	0,7200 (%)	6.921,08

Acréscimos de juro, multa e honorários

Juros(217 dias-7,46275%)	(+)	R\$ 516,50
Sub Total	(=)	R\$ 7.437,58
Valor total	(=)	R\$ 7.437,58

Retornar Imprimir