

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190109064

Vítima: UBIRACI SILVA VALE

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), UBIRACI SILVA VALE

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: UBIRACI SILVA VALE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 00000122030-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190109064 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: UBIRACI SILVA VALE **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIOS K.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190109064 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: UBIRACI SILVA VALE **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIOS K.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 80.232 DATA DE EXPIRAÇÃO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

NATURALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 14/03/1971

DOC ORDEM CC:3766 F.260 L.B-12 BOA-VISTA-RR.

CPF 294316362 - 15

Ramiro Francisco de Silva Junior
ASSINATURA DO DIRETOR

Lei N° 7.116 DE 29/06/83

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 

Luana Amorim de Souza Lopes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



Ubiraci Silva Vale

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 204035 DATA DE
EXPEDIÇÃO 06/02/2017

NOME
UBIRACI SILVA VALE

FILIAÇÃO
UBIRATAN GONSALES DA SILVA VALE
RAIMUNDA SILVA VALE

NATURALIDADE
TUCURUI - PA DATA DE NASCIMENTO
02/03/1985

DOC. ORIGEM
CERTD NASC 75017 FLS 279 LIV A-108
1 OF BOA VISTA-RR
CPF
831.423.202-53

AMADEU ROCHA TRIANI
Polícia Federal - Departamento de Polícia Civil
Boa Vista - RR

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 7.

804151

PROIBIDO FLASTIFICAR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cap. João Dantas, 404 - Boa Vista - RR



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
831.423.202-53

Nome
UBIRACI SILVA VALE

Nascimento
02/03/1985

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 474 - Boa Vista - RS

CÓDIGO DE CONTROLE
43CB.B4C1.8E1E.BAA6



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:51:53 do dia 01/02/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047087/19

Vítima: UBIRACI SILVA VALE

CPF: 831.423.202-53

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 14/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: UBIRACI SILVA VALE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

UBIRACI SILVA VALE : 831.423.202-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/02/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



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

1ª Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1800981409	15/07/2018 01:14:25	FICHA DE ATENDIMENTO				TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-		2	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário					
UBIRACI SILVA VALE		02/03/1985	33 A 8 M 5 D	700005728596902	83142320253	00165854					
Tipo Doc		Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade		
IDENTIDADE		204035			M	SOLTEIRO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA		
Mãe		RAIMUNDA SILVA VALE		Pai		NI		Contato	(95) 99168-777		
Endereço		RUA - ERACLITO CAVALCANTE - 225 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR								Ocupação	PINTOR

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	AMBULANCIA (HOSPITAL)		ALEXSANDRO PEREIRA		

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

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
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: geraldoliveira
Data Hora: 07/11/2018 08:58:53



1800981409

BLOCO A

120-9



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		231965-8	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		231965-8	
Identificação do Paciente		8 - Nº. DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		00165854	
UBIRACI SILVA VALE			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RAÇA / COR
700005728596902	02/03/1985	1 - Masculino	PARDA
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO	13 - ETNIA	
RAMUNDA SILVA VALE	(95) 99152-1758		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO		
UBIRACI SILVA VALE	(95) 99152-1758		
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
RUA: ERACILTO CAVALCANTE - 255 - CIDADE SATELITE			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF
BOA VISTA		140010	RR
		19 - CEP	69.301-400

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
<i>for acidente operário do cliente preso e ferido</i>	07 FEV 2019
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Batista, 484 - Boa Vista - RR
<i>Common</i>	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
<i>M. clauda e</i>	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL
<i>Pharynx carcinoma ci</i>	
25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
<i>oncoterapia clauda e</i>			
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº. DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
CIRURGIA GERAL	ELETIVO	C. N. S.	201561850530005
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)
CARLOS ENRIQUE LA ROSA RODRIGUEZ		22/07/2018	<i>Carlos Henrique La Rosa Rodriguez</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº. DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ DA EMPRESA	43 - CNIE DA EMPRESA	44 - COT
38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR		48 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
				19 SET. 2018	
49 - DOCUMENTO		49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
☐ CNS ☐ CPF					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)			



0408010150
5420
V99



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

389

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Ubiraci Silva Souza				23/10/18	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
osteossintese de crânio (E)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		21:00	21:30	30 minutos	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:			
R. J. J. J.		B. Michel			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:			
R. Carlos Henrique					
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
		G. S. S.			
		CIRCULANTE			
		R. J. J. J. / R. J. J. J. / J. J. J. J.			
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
Geral leve + BFB					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL N° 3,0	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 2,0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	par		FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
1	LÂMINA BISTURIN N° 15			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML		1	DECATARAT <i>decatar</i>	
1	SERINGA 10ML		1	DECATARAT <i>decatar</i>	
	SERINGA 20ML			DECATARAT <i>decatar</i>	
				OUTROS:	

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



SAI - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA



NOME: Wagner Silva Vale

CEP: 69000-000
CID: 58.40
Município: Boa Vista
UF: RR



TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.
-----------------	--------------------	------------------	------------------	------------

00:35 21:00 20:31 23:30 24:40

Cirurgia Realizada

Anestesia geral

07 FEB 2019

SAI: 58.40

Idade: 33
Sexo: M
Profissão: Engenheiro
Endereço: Av. ...
Telefone: ...

Exames: Neg. HbS e DM
Neg. HIV e VDRL
Neg. HbS e DM

Exames: Neg. HbS e DM
Neg. HIV e VDRL
Neg. HbS e DM

Exames: Neg. HbS e DM
Neg. HIV e VDRL
Neg. HbS e DM

Legenda:

1. Eletrodos
2. Oxímetro
3. PVC
4. Placa de Bisturi
5. Incisão
6. Cateter
7. Vendelise
8. Dreno
9. SNG
10. Placa de Smetch
11. Outros:

Entradas:

EV	CH	SNG	Outros
57.09%	500.00		

Destino: SRPA () UTI () Outros:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista

Pa. Michel

Nome *Ubiraci Silva Vela*
Responsável Cirurgião

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identidade

☒ Sítio Cirúrgico

☒ Procedimento

Consentimento ☐ Sim ☒ Não

RISCO CIRÚRGICO

☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Médico Anestesiologista

Michel M. Moura

Assinatura

Hora: _____

Data: _____



ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Anestesiista

Pa. Michel

SAÍDA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente

☒ Sítio cirúrgico

☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de

esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILOXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica

☐ Sim,

Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

Assinatura e Carimbo

120-4



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	VBIHACI SUE VAL				
DIAGNÓSTICO	Fratura clavícula hi				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	33	LEITO	120-4	DATA	27/07/16
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUD
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS				I II III
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				14-08-12-13
4	SE FALTAR ITEM 3/REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA				10
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H				14-08-12-13
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H				12-08-14
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
13	CURATIVO DIARIO				Rotina
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Verificar
15					
16					
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: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR				
PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente foi dada a
boa evolução

Dr. José A. Lopes Aguiar
CRM-RR 505

27/07/16 Alta curada

Dr. José A. Lopes Aguiar
CRM-RR 505

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel: (95) 3121-0620
AUTENTICAÇÃO
17 SET 2016
Certifico e dou fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

	PA	FE	T:
6 H	120x70	60	36.5
12 H			
18 H			
24 H	127x70	62	36.5

VERDE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - FAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUI RDO GOMES, 3301 - AEROPORTO



1800983240		18/07/2018 14:47:51		FICHA DE ATENDIMENTO		CLÍNICA MÉDICA		DIURNO 07-19		203	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
UBIRACI SILVA VALE				02/03/1935		33 A 4 M 16 D		700005728596902		83142320253	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		204035		M		SOLTEIRO(A)		RAÇA/COR		BOA VISTA - RR	
Mãe				Pai		NI		Naturalidade		Contato	
RAIMUNDA SILVA VALE								BOA VISTA - RR		(95) 99152-1758	
Endereço								Ocupação		PINTOR	
RUA - ERACLITO CAVALCANTE - 255 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR											
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
VERDE		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
SPA - PRONTO ATENDIM		URGÊNCIA						36.70		150 x 100	
Setor		Tipo de Chegada		Prontuário do Pac.				Registrado por:		THICIANNY	
PRONTO ATENDIMENTO		DEMANDA ESPONTÂNEA									
Queixa Principal				☐ Síndrome		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue			
FRATURA DA CLAVICULA "E" APÓS ACIDENTE DE MOTO HA 5 DIAS											
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL					
EGA HAS OU DM/NEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 14:47:51)											
<i>Queixa de dor no ombro.</i>											
Exame Físico											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares											
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ LOG ☐ OUTROS:											
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
<i>Dipirona 500mg</i>											
<i>Paracetamol 1000mg</i>											
<i>Citopontil</i>											
<i>Tiago Maranhão Dias</i>											
<i>CRM-RR 1887</i>											
Condição						14 SET 2018			AUTENTICAÇÃO		
☐ Alta por Decisão Médica						Certifico que a presente			cópia é fiel Reprodução Original		
☐ Alta a Pedido						que foi apresentado neste Hospital					
☐ Alta a Resposta											
☐ Transferência para											
Óbito											
Antes do 1º Atendimento ☐ Sim ☐ Não											
Assinatura do Paciente ou Responsável						Assinatura do Médico					
Impresso por: ludymilla farias											
Data Hora: 18/07/2018 15:03:57											
1800983240											

Ultima Sessão Vale. Adm. em 20.30h.



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



404.6

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

Ubiraci Silva

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

DATA

18/07/18

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE 20 D

2 AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia 18

3 CEPALOTINA 1G EV 6/6H 30SD 19/07/18

4 TILATIL 20mg 12/12hs 20-08

5 DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N 5/12

6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA 5/12

7 PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) 5/12

8 RANITIDINA 50MG EV 8/8HS 20-08-14

9 SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) 5/12

10 SSVV + CCGG 6/6 H 20-08

12 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG 5/12

14 CURATIVO DIARIO Realizar

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINÁ 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:

Ao bloco para programação cirúrgica

Bolero do Proq

NIR

Regulado
para leito

D- 404-6

Regulação Interna

Carlos Eduardo
Médico
CRM-RR 463

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nº 00 Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
19 SET. 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

SINAIS VITAIS

6 H

12 H

18 H

24 H

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

18.00
pa. 144 x 88
p. 71
T. 35.6

24h PA: 130x50 P: 76 TX: 3
OGH PA: 140x50 P: 52 TX: 3
Janaro



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Vitorino Silva				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	HAS		NEGA		DM2
IDADE	LEITO				DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				18
3	CEFALOTINA 1G EV 8/6h SUSP				
4	TILATIL 20mg 12/12hs S/N				S/N
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				18 29 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU u1cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS (S/N)				S/N
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				RETINA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				S/N
14	CURATIVO DIARIO				Curativo
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINÁ 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:					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

Programação cirúrgica

BEB, LOPEZ, HEBNE

Transferir ao Boco

Alto Laceración

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 556

Carlos E.

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CBM-RR 566

HOSPITAL GERAL DE NOVAJMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2123-0620

AUTENTICAÇÃO

19 SET. 2018

Angela La Rosa

Medicina e Doenças que a presente
cópia é a reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1800981409

15/07/2018 01:14:25

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 2

Paciente **UBIRACI SILVA VALE**
Tipo Doc Documento - **204035** Órgão Emissor Data Emissão **02/03/1985** Idade **33 A 8 M 5 D** CNS **700005728596902** CPF **83142320253** Prontuário **00165854**
IDENTIDADE 204035 Sexo **M** Estado Civil **SOLTEIRO(APARDA** Naturalidade **BOA VISTA - RR** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **RAIMUNDA SILVA VALE** Pai **NI** Contato **(95) 99168-777**
Endereço **RUA - ERACLITO CAVALCANTE - 225 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR** Ocupação **PINTOR**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **URGÊNCIA** Validade **AMBULANCIA (HOSPITAL** Autorização **PROCEDIMENTO SOL.** Sis Prenatal **REGISTRADO POR: ALEXSANDRO PEREIRA**
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **AMBULANCIA (HOSPITAL** Procedência **PROCEDIMENTO SOL.** Temp. **PROCEDIMENTO SOL.** Peso **PROCEDIMENTO SOL.** Pressão **PROCEDIMENTO SOL.**

Queixa Principal **ACIDENTE DE MOTO** ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

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: geraldo.oliveira
Data Hora: 07/11/2018 08:58:53



1800981409

À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.

Eu, **UBIRACI SILVA VALE**, portador do **CPF: 831.423.202-53**, venho
respeitosamente a presença de Vossa Senhoria informar a impossibilidade de apresentação da
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO em nome do Senhor **EVANDRO DE**
MORAIS BRITO, considerando que o mesmo encontra-se em lugar incerto e não sabido.

Boa Vista-RR, 25 de fevereiro de 2019.

UBIRACI SILVA VALE
UBIRACI SILVA VALE



503451

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 557/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 27/12/2018

COMUNICANTE: UBIRACI SILVA VALE

RG: 204035

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 831423202-53

ENDEREÇO: AVENIDA – VILA JARDIM, BLOCO 16

BAIRRO: CIDADE SATÉLITE

CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: PINTOR

NATURALIDADE: TUCURUI

ESTADO: PA

DATA DE NASCIMENTO: 02/003/1985 IDADE: 33 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

TELEFONE: 99116-8777

Nº REG. CNH: NÃO POSSUI CNH

NOME DO PAI: UBIRATAN GONZALES SILVA VALE

NOME DA MÃE: RAIMUNDA SILVA VALE

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 22h00min do dia 14/07/2018, RUA – AVENIDA – CARLOS PEREIRA DE MELO - CARANÃ.

O comunicante acima qualificado compareceu nesta Delegacia para relatar que estava transitando no endereço acima supracitado conduzindo veículo **HONDA/CG 150 TITAN EX**, Placa **NAU-9294**, de cor **BRANCA**, Ano **2015/2015**, Chassi **9C2KC1660FR511269**, Renavam **01047543225** de propriedade do senhor **EVANDRO DE MORAIS BRITO**; Que o comunicante informou que estava sentido sua casa, quando ao passar por uma rotatória foi surpreendido por um veículo do qual ele não sabe informar cor ou marca; Que o comunicante pra não colidir com o veículo desviou e com isso perdeu o controle da motocicleta vindo a cair; Que em decorrência do acidente a comunicante teve (**FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA**); Que esse registro é para fins de requerimento de SEGURO DPVAT. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL
OBSERVAÇÃO:

UBIRACI SILVA VALE
UBIRACI SILVA VALE

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Condão João Batista, 414 - Boa Vista - RR

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE Ocorrência



<i>Givanildo da Silva Vieira</i> AGENTE CARACERÁRIO DE POLICIA CIVIL Givanildo da Silva Vieira Mat. 042000855	•	•
---	---	---

AGENTE DE POLICIA
CONCESSIONARIA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 07 FEV 2019 GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Batista, 444 - Pôrto Velho - RS
--

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: **83142320253** Nome completo da vítima: **UBIRACI SILVA VANE**

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

Nome completo: **UBIRACI SILVA VANE** CPF: **83142320253**

Profissão: **AUTÔNOMO** Endereço: **AV. JARDIM B16 AP404 - JATOBA** Número: **880** Complemento: _____

Bairro: **CIDADE SATELITE** Cidade: **BOA VISTA** Estado: **RR** CEP: **69.317-529**

E-mail: **LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM** Tel. (DDD): **(095) 99116.8367**

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

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 DE SINISTROS - DPVAT

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0250** ☒ CONTA: **70.090** ☒

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 devido pelo 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

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **BOA VISTA, 23/01/2019.**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

UBIRACI SILVA VANE

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) 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.