

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF**².

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 Ilmar Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edesio dos Santos Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.132.132 / 20 do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima Edesio dos Santos Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.132.132 / 20 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

24 JUN. 2019

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: Antonio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boca Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>ilmar@hotmai.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)99154-4282</u>

Boca Vista - RR de Junho de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

12/03/2019

... Guia de Atendimento 17 ...

Lido
Vide
T6

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PÁR / 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.

1901083422	12/03/2019 16:51:18	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	40
Paciente EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão		Data Nascimento 18/01/1968 Sexo M Estado Civil PAI Raça/Cor PARDA Naturalidade		CPF 22513213220 Prontuário Nacionalidade BRASILEIRA Contato Ocupação	
Mãe ADICIRENE ROMAO DOS SANTOS RODRIGUES Endereço RUA - - SN - - BOA VISTA - RR		Pai NI			
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 Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA			MICHELE.CAVALCANTE	
Queixa Principal		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue			
"Doer em Membro Inferior Direito"					
Anamnese de Enfermagem			GSC	TOTAL	
			AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	15	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 16:51) Trazido pelo SAMU. Paciente afirma colisão moto-carro há ± 1 h. Fez retirada do capacete no local do acidente. Afirma doer em MID, sem irradiação, com sede apresentava escoriações pelo corpo.					
Exame Físico A - VAP, veio com collar cervical, prancha rígida. B - MV+, tórax expansível e simétrico C - FC = 90 bpm, saturar respirando em ar ambiente, PA (não aferida por falta de ap.), D - sem outros sinais de choque. E - ECG = 15 pupilas isocóricas e reagentes, sem diminuição de força muscular nos MMSS e PIM II. E - apresenta escoriações em MSD, MID					
SADT - Exames Complementares					
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:					
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
① Dipirona 1g EV → Fleclor 50 1/3 DILUIR NA 1/4 D					
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para: Ortopedia			☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta:	12 JUN 2019 Sheld	
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não			Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica		
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico		
			24 JUN. 2019		

Impresso por: michele.cavalcante
Data Hora: 12/03/2019 16:51:51

2008
SISTEMA - Sistema de Atendimento
Dr. Michel Cavalcante
Dr. L. J. P. - 01/03/08



1901083422

Paciente com fratura em 1/3 distal de Tibia

24 JUN. 2019



24 JUN. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ILOIR INACIO DE SOUSA	
	DOC. IDENTIDADE / C.R.G. / SESSORIAL 114807 SSP RR
	CNPJ 383.051.512-04
	DATA NASCIMENTO 07/04/1978
	PLACAO JOSE SOUSA DE ASSUNCAO
CNIRIA INACIO DE OLIVEIRA	
PERMISSAO	ACC
CAT. HAB.	AB
Nº REGISTRO 01101912304	VALIDADE 28/01/2020
1ª HABILITAÇÃO 15/12/1999	
OBSERVAÇÕES	
	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 30/01/2015
92485240616 RR207968020	
ASSINATURA DO EMISSOR	
DETRAN - RR (RORAIMA)	

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR
980151096

24 JUN. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190394125 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Edenio dos Santos Rodrigues
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	auxiliar administrativo
IDENTIDADE:	65107 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. São Vicente 671

OUTORGADO

NOME:	Leir Traiano de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Auxiliar
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. Antenor p. Galvão 1837

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 12 / 03 / 2019, cobertura Smichidez, vítima: Edenio dos Santos Rodrigues.

Boca Vite 15-04-19



LOCAL E DATA

24 JUN. 2019

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Araújo Torres, 4867 - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (93) 3627-4196
daniel.aquino@cartorioaquino.com.br

1044143cd068195628
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
EDENIO DOS SANTOS RODRIGUES

Em testemunho da verdade, SSP
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 24 de abril de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalssm.com.br
REC.FIR.16629609YPX28LGBG65187

104.414

Daniel Aquino
Tabela Oliveira de Aquino
Escrevente Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0212337/19

Vítima: EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES

CPF: 225.132.132-20

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 12/03/2019

Titular do CPF: EDESIO DOS SANTOS
RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES : 225.132.132-20

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: 24/06/2019
Nome: EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES
CPF: 225.132.132-20

EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190394125

Vítima: EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190394125

Vítima: EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 225.132.132-20 Nome completo da vítima: Ederio dos Santos Rodrigues

REGISTRO DE INSCRIÇÃO CADASTRAIS E PAIS DE RENDA MENSAIS DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - C/REGULAR SUSEP Nº 415/2012

Nome completo: Ederio dos Santos Rodrigues CPF: 225.132.132-20

Profissão: aux. administrativo Endereço: Rua: São Vicente Número: 671 Complemento: _____

Bairro: Cinturão Verde Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 65.300-000

E-mail: ELIDER@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95)99154-4282

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

DADOS CADASTRAIS

RENTA 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 (CDA IDENTIFICAÇÃO 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: 0653 CONTA: 136854 3

(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 CAUTÓRIO DO IML (PREENCHIMENTO Opcional) 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO E PREENCHIMENTO Opcional PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ 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 procarem 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 - RR

Nome: Ederio dos Santos Rodrigues

CPF: 225.132.132-20

Assinatura de quem assina A ROGO

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

24 JUN. 2013

(*) 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.

[illegible]

24 JUN. 2013

(*) A título de referência, este trabalho foi desenvolvido sob a coordenação científica, técnica e operacional, para garantir a segurança e a qualidade dos dados, no âmbito da Unidade Territorial de Estudos e Pesquisas, coordenada pelo Dr. Carlos Roberto de Almeida, com a participação de outros pesquisadores envolvidos com o projeto. (FAPESP/PROVIMENTO Nº 2008/001000-0)

© 2005 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 258: 253–261

12/03/2019

... Guia de Atendimento 17 ...

Lido
Vide
Tc

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

1ª Classificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

1901083422	12/03/2019 16:51:18	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		40			
Paciente EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES		Data Nascimento 18/01/1968		Idade 51 A 1 M 25 D		CNS		CPF 22513213220	Prontuário		
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor Data Emissão		Sexo M		Estado Civil Pai		Raça/Cor PARDA		Naturalidade BRASILEIRA	
Mãe ADICIRENE ROMAO DOS SANTOS RODRIGUES		Endereço RUA - - SN - - BOA VISTA - RR		Pai NI		Contato		Ocupação			
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	Pressão
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		Registrado por: MICHELE.CAVALCANTE					
Queixa Principal "Dor em Membro Inferior Direito"		☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL 15							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 16:51) Trazido pelo SAMU. Paciente afirma colisão moto-carro há ± 1 h. Fez retirada do capacete no local do acidente. Afirma dor em MID, sem irradiação, com sede e apresentava escoriações pelo corpo.											
Exame Físico A - VAP, veio com colar cervical, prancha rígida. B - MV+, tórax expansível e simétrico C - FC = 90 bpm, saturação respirando em ar ambiente, PA (não aferida por falta de ap.), D - sem outros sinais de choque. E - ECG = 15 pupilas isocóricas e reagentes, sem diminuição de força muscular nos MMSS e PIM II. E - apresenta escoriações em MSD, MID											
SADT - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:											
PRESCRIÇÃO ① Dipirona 1g EV → 1/3 Diluir em 1/3 de água						APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
Condição ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para: Ortopedia						☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: 12 JUN 2019					
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não						Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico 24 JUN. 2019					

Impresso por: michele.cavalcante
Data Hora: 12/03/2019 16:51:51

1901083422

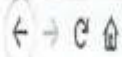


1901083422

Paciente com fratura em 1/3 distal de Tibia

24 JUN. 2019





RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691 - CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

Unidade Consumidora

423939

Endereço

R. SAO VICENTE, 671, - CINTURAO VERDE

Nome do Cliente

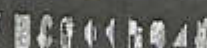
JONH ARTHUR MACRAE

Mês de Faturamento	Data de Vencimento	Valor	Situação
05/2019	11-JUN-19	R\$ 157,12	PAGO
04/2019	11-MAY-19	R\$ 182,86	PAGO
03/2019	11-APR-19	R\$ 97,21	PAGO
02/2019	11-MAR-19	R\$ 104,67	PAGO
01/2019	11-FEB-19	R\$ 63,35	PAGO
12/2018	11-JAN-19	R\$ 90,54	PAGO
11/2018	11-DEC-18	R\$ 107,95	PAGO
10/2018	11-NOV-18	R\$ 91,17	PAGO
09/2018	11-OCT-18	R\$ 74,45	PAGO
08/2018	11-SEP-18	R\$ 66,43	PAGO
07/2018	11-AUG-18	R\$ 65,39	PAGO
06/2018	11-JUL-18	R\$ 71,80	PAGO
05/2018	11-JUN-18	R\$ 73,00	PAGO

24 JUN. 2019



PT



11:51

10/06/2019



RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2419388

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089153	MÊS 02/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh) 237	VENCIMENTO 11-MAR-19	TOTAL A PAGAR R\$ 229,20

24 JUN. 2019

OBSERVAÇÕES