

**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: 4081991

**JUVENAL ADRIANO DO NASCIMENTO NETO**

R. JOSE CARLOS PRAZERES, 1397 ,

UNIAO 69313782 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>451398</b>	MÊS <b>11/2019</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>23-OCT-19 a 22-NOV-19</b>
CONSUMO (kWh) <b>423</b>	VENCIMENTO <b>01-DEC-19</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 363,47</b>

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>451398</b>	MÊS <b>11/2019</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 363,47</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836300000038.634700750009.000000000455.139811190053





**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: 3299545

**ANTONIO LOPES DA S FILHO**

R. SD PM JACINTO J S SI, 359,  
CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>539180</b>	MÊS <b>07/2019</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>22-JUN-19 a 23-JUL-19</b>
CONSUMO (kWh) <b>498</b>	VENCIMENTO <b>10-AUG-19</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 441,84</b>

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



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

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>539180</b>	MÊS <b>07/2019</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 441,84</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054



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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº 294.316.382-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO** inscrito(a) no CPF sob o nº **016.607.552-39** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO** inscrito (a) no CPF sob nº **016.607.552-39**, 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.

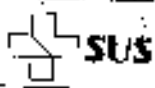
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÁ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

Boa Vista-RR, 28/11/19  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante





Sistema  
União de  
Saúde

Ministério  
de  
Saúde

**BLOCO A**

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Attp: 28/08/19

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DO ESTABELECIMENTO

4 - CNES

5 - CNES

6 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

7 - NOME DO PACIENTE

Isabela Silvana do Nascimento

8 - DATA NACIONAL DE NASCIMENTO

7/02/50 | 03/91 | 16/11/09 | 18/31

9 - DATA DE NASCIMENTO

08/03/93

10 - Nº DO "CPF" LAUDO

175356

11 - Nº DO

12 - NOME DA PESSOA QUE RESPONDE

Maria Francisca Ribeiro do Nascimento

13 - ENDEREÇO COM, Nº, BAIRRO

Rua José Carlos dos Prazeres 1397

14 - TELEFONE DE CONTATO

11 350 8111

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

16 - COD. URGÊNCIA

1 - Urgência

17 - UF

RE

18 - CEP

43.633-3333

19 - PRINCIPAIS DOENÇAS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Tredura de 1/3 distal de  
Clavícula

20 - CONDIÇÕES CLÍNICAS E DA INTERNAÇÃO

Tto cirurg.

21 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS E RESULTADOS DE EXAMES DE LABORATÓRIO

Rt - 1/3

22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura de Clavícula

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

24 - CLÍNICA

25 - DATA DA INTERNAÇÃO

26 - LOCAL DE

27 - Nº DO DOCUMENTO IDENTIFICADOR DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

30 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)

31 - Nº DO DOCUMENTO

32 - Nº DO EMPREGO

33 - Nº DO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - Nº DO EMPREGO

36 - Nº DO EMPREGO

37 - Nº DO

38 - ACIDENTE DE TRABALHO

39 - Nº DO EMPREGO

40 - Nº DO EMPREGO

41 - Nº DO

42 - Nº DO EMPREGO

43 - Nº DO EMPREGO

44 - Nº DO EMPREGO

45 - Nº DO EMPREGO

46 - Nº DO EMPREGO

47 - Nº DO EMPREGO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

49 - Nº DO DOCUMENTO EMISSOR

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

51 - Nº DO DOCUMENTO

52 - Nº DO DOCUMENTO IDENTIFICADOR DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - Nº DO DOCUMENTO

54 - Nº DO DOCUMENTO IDENTIFICADOR DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

BPA

OK

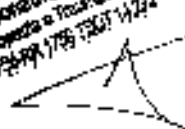
Paciente jovem, masculino, de 20 anos,  
com trauma contuso no antebraço (F)

Doença deformidade no antebraço

Tratamento cirúrgico de  
clavícula

Com Internação e Cirurgia

Dr. Jonathan G. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 17357 14/2022



A-63

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE <u>Isabela Isabela do Nascimento</u>				
AGNOSIC		HAS	NEGA	DM2
ALERGIAS		LEITO	DATA	NEGA
IDADE		PRESCRIÇÃO		
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACesso VENOSO PERIFÉRICO			
3	S <sup>1</sup> 0,9% 500ML EV 8/H			5:00
4	DIPIRONA 500MG EV 8/6H			24:00
5	OM. PRAZO: 40MG EV 1X/DIA			06:00
6	TRAMAS: 100MG + S <sup>1</sup> 0,9% 100ML EV DE 8/H SE DOR INTENSA			07:00
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM			
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/H			06:00
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/6H S/N			22:00
10	CLINDAMICINA 600MG EV 8/6H			
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H			
12				
13				
14				
15				
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG			
17	SSVV - CCGG 8/8 H			
18	CURATIVO DIÁRIO			
19				
20				
21				

Dr. Jonathan C. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 120.721 M.R.

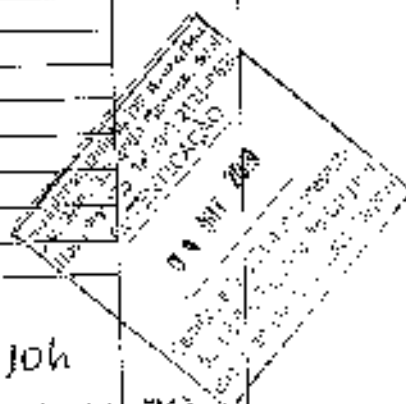
SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CON - CRME ESQUERDA  
220-270: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, 401-450: 10UI, 451-500: 12UI  
N.M.L. 01/0005 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**  
 1. PERICUTIA PACIENTE DEitado NO LEITO, ACVO, RELATIVO, CONTACIANTH  
 2. EXAME FÍSICO: BFG, ACIANCTICO, ANICTERICO, AFECIL, FUPREICO,  
 3. RENDIMENTO: HIDRATADO.  
 4. SOLICITAÇÃO: RX II CONDUÇÃO: MANICIA  
 5. PROGRAMACÃO DE CIRURGIA:  
 6. PREVISÃO DE ALTA:

**SINAIS VITAIS**

6 H	12 H	18 H	24 H
110/70	80	FR	36,2°C

MEDICO RES DENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



Bloco A  
maca 63

00: 10h  
PA: 100 x 70  
FC: 87  
T: 36,4°C

63









SUS

Sistema  
União de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

D-3

BLOCO D

1901164178

Identificação do Estabelecimento de Saúde  
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR  
NOME DO ESTABELECIMENTO ESPECIALIZADO  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

Identificação do Paciente  
NOME DO PACIENTE  
ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

1 - CATEGORIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
70290001610033

11 - RAZÃO SOCIAL  
MARIA FRANCISCA RIBEIRO DO NASCIMENTO

12 - TOME DO RESPONSÁVEL  
ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

13 - ENDEREÇO (CITA A RUA)  
RUA JOSE CARLOS DOS PRAZERES - 1397 - UNIAO  
BOA VISTA

6 - DATA DE NASCIMENTO  
08/05/1993

8 - SEXO  
3 - Feminino

10 - ESTADO CIVIL  
PARDA

12 - TELEFONE RESIDENCIAL

(95) 98133-0870

14 - TELEFONE DE TRABALHO

(95) 99133-0370

17 - CPF DO PACIENTE  
140010

18 - UF  
RR

19 - CEP  
68 313-782

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRECISEZEMOS O ENTENDEDO CLÍNICO

21 - CONDIÇÕES QUE LEVAM A INTERNAÇÃO

22 - FUNDAMENTOS HISTÓRICOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (INSPEÇÕES DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO FINAL

24 - CID - PRIMÁRIO

25 - CID - SECUNDÁRIO

26 - OUTROS DIAGNÓSTICOS ASSOCIADOS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA  
CIRURGIA GERAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
CLETIVO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS) (CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

03108/2018

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - Nº DA SEGURANÇA

37 - Nº DO BILHETE

38 - DATA

39 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - VÍTILO COMA PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREENDEDOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESSEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) INVALIDADO

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DO DOCUMENTO (CNS) (CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

## AUTORIZAÇÃO

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BPA

OKE

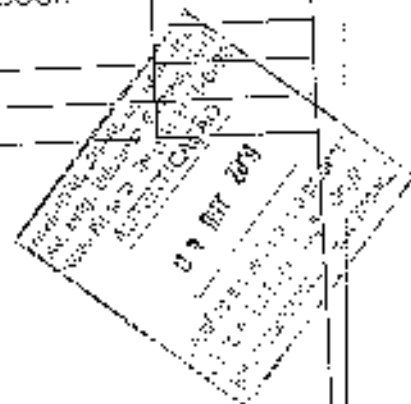
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO					
DIAGNÓSTICO FX CLAVICULA E					
ALERGIAS		TIAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
TIEM		MACA 3		04/09/2019	
HORÁRIO					
1	DILTA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3					
4	TLROXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N				
5	DIPIRONA 16 EV OU 500MG VO DL 3/8H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	IRAMIN 100MG - 350 9% 100ML EV OU 1 CP 50MG VO DE 8/8H SI DOR INT				
9	SIMPLICONA 1 CP OC 12 OULAS VO 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAIO > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSV + COCIS 3/8H				
13					
14					
15					
16	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 UI/ML GLICOSE 60% 40 MI EV - AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ALCONTRÓ PACIENTE DEITADO NO LEITO, APVO,  
REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM  
ALTERAÇÕES  
EXAME FÍSICO: SFG, SOT, ACANÓTICO, ANICTÉRICO,  
AFEBRIL, LIMPÍDICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUZA: MANUTIDA



SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Marcos Aguiar  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 191.124

Paciente alto e/programa cirúrgico  
pelo NDR


File # 15-53

## PÓS-ANESTÉSICOS

[illegible]

C

Seta : 13109119

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE <b>H. E. R</b>	2 - CNEB [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DESTINATÁRIO	4 - CNEB [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

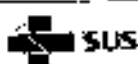
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		8 - Nº DO PRÓTOCO <b>175356</b>
1 - NOME DO PACIENTE <b>Adriana Juliana Da Documenta</b>		9 - SEXO <b>F</b>
2 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <b>70251093916101933</b>		10 - DATA DE NASCIMENTO <b>08/05/93</b>
3 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <b>Mania + Francisco Ribeiro do Nascimento</b>		11 - TELEFONE DE CONTATO [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
4 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>Rua José Carlos dos Prazeres 1392 Unias</b>		12 - CID - 10 <b>R. R</b>
5 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA <b>Boa Vista</b>		13 - UF <b>R. R</b>

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>Painel em feto de Plavinda (E)</b>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO <b>Tratamento Lunges</b>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>História + Exame físico + Neurológico</b>	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <b>Fratura de Plavinda (E)</b>	

PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - DATA DO PROCEDIMENTO
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>Osteossíntese de fratura de Plavinda (E)</b>		26 - DATA DO PROCEDIMENTO <b>13/09/18</b>
22 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - Nº DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINANTE)	30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	31 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

32 - ACIDENTE EM CASA DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		33 - Nº DO BICETE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO		35 - Nº DO BICETE
36 - ACIDENTE DE TRABALHO		37 - Nº DO BICETE
38 - ACIDENTE DE TRABALHO		39 - Nº DO BICETE
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		41 - Nº DO BICETE
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		43 - Nº DO BICETE

AUTORIZAÇÃO		44 - Nº DA INTERNAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>0408020150-5920</b>		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO
49 - Nº DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO



Sistema  
Ministério  
de Saúde  
da Saúde

302-7

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

1 - URES  
231985-9  
2 - URES  
231985-9

3 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE  
NOME DO PACIENTE

ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

4 - N. DO PRONTUÁRIO  
00173348

5 - DATA NACIONAL DE NASCIMENTO (CNS)  
T02500391610933

6 - DATA DE NASCIMENTO  
08/05/1993

7 - SEXO  
3 - Feminino

8 - RAÇA/COR  
PARDA

9 - END. COM.  
101 - FIM

11 - NOME DO RESPONSÁVEL  
MARIA FRANCISCA RIBEIRO DO NASCIMENTO

12 - TELEFONE COMUM  
(85) 99138-0970

13 - NOME DO RESPONSÁVEL  
ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

14 - TELEFONE CELULAR  
(96) 99138-0970

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, CIDADE)  
RUA: JOSÉ CARLOS DOS PRAZERES - 1397 - UNIAO

16 - CID. REG. MUNIC. PROFI. 101  
140010

17 - CEP  
68.313-782

18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
BDA VISTA

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS

20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

22 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

23 - CID - 10 PRINCIPAL

24 - CID - 10 SECUNDÁRIO

25 - CID - 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - USUARIANÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - ESPECIALIDADE  
CIRURGIA GERAL

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
ELETIVO

29 - DOCUMENTO

30 - N. DO DOCUMENTO (CONSISTENTE DO PROFISSIONAL DO ATENDIMENTO ASSISTENCIAL)

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
12/09/2019

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - VÍCIOS COM A RESPOSTA

38 - IMPRESSÃO

39 - IMPRESSÃO

40 - IMPRESSÃO

41 - IMPRESSÃO

42 - IMPRESSÃO

43 - IMPRESSÃO

## AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CID. ORÇ. EMISSOR

46 - N. DO DOCUMENTO (CONSISTENTE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

47 - DOCUMENTO

48 - N. DO DOCUMENTO (CONSISTENTE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
12/09/2019  
AUTORIZAÇÃO  
CIRURGIA GERAL  
ELETIVO  
12/09/2019  
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR



Código de Barras

Adriano Juliani De  
Lusamento

Data 13.09.15

OS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

TIPO DE INTERVENÇÃO

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

CIRURGIÃO

AUXILIAR

AUXILIAR

ANESTESISTAS

INÍCIO

FIM

DURAÇÃO

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.D.H sob anestesia
- 2) Sítio e Antissepsia
- 3) Colocação de campos estéril
- 4) Incisão articular + desbridamento por Planos Superficiais e Profundos da fossa da fratura
- 5) Redução cruenta + fixação com fio de Kirschner sob o auxílio de tração
- 6) Fio de Kirschner + L.M.C.
- 7) Fio de Kirschner
- 8) RPA





### PRÉ-ANESTÉSICO

শ্রী ১

W.A. 62-151-1523

[illegible]

## PÓS-ANESTÉSICOS

NOMENCLATURA DE PRODUCTOS		NÚMERO DE VENTA	
DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	VALOR
1.000	1.000	1.000	1.000
2.000	2.000	2.000	2.000
3.000	3.000	3.000	3.000
4.000	4.000	4.000	4.000
5.000	5.000	5.000	5.000
6.000	6.000	6.000	6.000
7.000	7.000	7.000	7.000
8.000	8.000	8.000	8.000
9.000	9.000	9.000	9.000
10.000	10.000	10.000	10.000
11.000	11.000	11.000	11.000
12.000	12.000	12.000	12.000
13.000	13.000	13.000	13.000
14.000	14.000	14.000	14.000
15.000	15.000	15.000	15.000
16.000	16.000	16.000	16.000
17.000	17.000	17.000	17.000
18.000	18.000	18.000	18.000
19.000	19.000	19.000	19.000
20.000	20.000	20.000	20.000
21.000	21.000	21.000	21.000
22.000	22.000	22.000	22.000
23.000	23.000	23.000	23.000
24.000	24.000	24.000	24.000
25.000	25.000	25.000	25.000
26.000	26.000	26.000	26.000
27.000	27.000	27.000	27.000
28.000	28.000	28.000	28.000
29.000	29.000	29.000	29.000
30.000	30.000	30.000	30.000
31.000	31.000	31.000	31.000
32.000	32.000	32.000	32.000
33.000	33.000	33.000	33.000
34.000	34.000	34.000	34.000
35.000	35.000	35.000	35.000
36.000	36.000	36.000	36.000
37.000	37.000	37.000	37.000
38.000	38.000	38.000	38.000
39.000	39.000	39.000	39.000
40.000	40.000	40.000	40.000
41.000	41.000	41.000	41.000
42.000	42.000	42.000	42.000
43.000	43.000	43.000	43.000
44.000	44.000	44.000	44.000
45.000	45.000	45.000	45.000
46.000	46.000	46.000	46.000
47.000	47.000	47.000	47.000
48.000	48.000	48.000	48.000
49.000	49.000	49.000	49.000
50.000	50.000	50.000	50.000
51.000	51.000	51.000	51.000
52.000	52.000	52.000	52.000
53.000	53.000	53.000	53.000
54.000	54.000	54.000	54.000
55.000	55.000	55.000	55.000
56.000	56.000	56.000	56.000
57.000	57.000	57.000	57.000
58.000	58.000	58.000	58.000
59.000	59.000	59.000	59.000
60.000	60.000	60.000	60.000
61.000	61.000	61.000	61.000
62.000	62.000	62.000	62.000
63.000	63.000	63.000	63.000
64.000	64.000	64.000	64.000
65.000	65.000	65.000	65.000
66.000	66.000	66.000	66.000
67.000	67.000	67.000	67.000
68.000	68.000	68.000	68.000
69.000	69.000	69.000	69.000
70.000	70.000	70.000	70.000
71.000	71.000	71.000	71.000
72.000	72.000	72.000	72.000
73.000	73.000	73.000	73.000
74.000	74.		

100-443887-100



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LLITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Sra Juliana do Nascimento				13 / 09 / 19	
TIPO		CIRURGIA			
Dist. de Fratura clavícula e		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		34:38	15:40		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA: Dr. Edino			
1ª AUXILIAR		RES. ANESTESIA: Dr. Carlos			
2ª AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
3ª AUXILIAR		CIRCULANTE			
Dr. Pablo R.		Kauany + Iracema			
TEMPO DE ANESTESIA: Geral		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCIS COMPRESSAS C/ 01 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2, 0	
1	LUVA ESTÉRIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 3, 0	
1	LUVA ESTÉRIL 8.5		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	TÁMINA HISTURI Nº 24		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº		1	FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE FORAX Nº		1	FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº	
1	SERINGA 01ML		1	SURGIM. Biquin	
1	SERINGA 03ML		1	OTRAPOSSO cloxazoline ± 100ml	
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML		1	GEORAM cloxazoline ± 100ml	
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
1	Gluca ceto		1	OUTROS: fovidine tópicos ± 100ml	
1	cateter 10g		1	Alcool ± 100ml	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		MATERIAL MEDICAMENTOS			
Enfermeira Círculo		SUB-TOTAL			
Rabeca		TAXA DE SALA			
Luciano		TAXA DE ANESTESIA			
CIRCULANTE DE SALA		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					





## ANEXO AO FORMULÁRIO DE ANESTESIA

## ANEXO DA ANESTESIA

## ANEXO DO PACIENTE, SEMPRE NA ÚLTIMA PÁGINA

## OBSERVAÇÕES

Nome: Adriano Sultana de Assis

Nome do Sr. Dr. Roberto de Paiva

Nome do Paciente: Adriano Sultana de Assis

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...

Endereço: Av. ...



Sistema de Registro de Prescrição  
Versão 2.0 - 2010 - 2011

# PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR

QUARTO

LEITO

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

H. G. R.  
Aécio Juliana D. Passaroto

302-7

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

13/09/13  
15:25h

1) D.F. Diet. livre  
2) S.V.

S.N.D.

18h

ANÁLISE

PA = 100 x 70  
TC 80  
Glic 36,5

3) Sulfametoxazol 15 em 08h

4) Cloxacilina 1250 em 08h

S.V.

DE EE

5) Alendronato 35 em 08h

S.V.

6) Fomeal 100mg + local S.V. 3x

S.V.

23/09/13 - 10h 00 - FC 83

7) Cloxacilina 1250 em 12h

S.V.

4 - 230°C 12h 00

8) Curativos diários

S.V.

10/09/13 - 10h 00

9) S.S.V.

S.V.

FC 82

Dr. Othávio  
Médico Titular  
Oncologia

Refina

FC 84

302-7



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



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: ADRIANA JULIANA DO NASCIMENTO					
AGNÓSTICO: FX CLAVICULA E					
ALÉRGICAS					
IDADE	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
LEITO	302-7	DATA	13/09/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				S/N
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				MANUTEN
4	DIPIRONA 500MG EV 8/8H S/N				S/N
5					S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				S/N
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM				S/N
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				S/N
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S/N
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				S/N
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/8H				S/N
12					S/N
13					S/N
14					S/N
15					S/N
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
17	SSVV + CCGG 6/8 H				S/N
18	CURATIVO DIÁRIO				S/N
19					S/N
20					S/N
21					S/N

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

- ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
- EXAME FÍSICO: BGS, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, APNEU, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO,
- SOLICITADO:
- CONDIÇÃO: MANTIDA
- PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- PREVISÃO DE ALTA:



SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	100	70	18
18 H			
24 H			

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
 CRM-RR 2028  
 Residente de Ortopedia e Traumatologia



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



DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_ DIH \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_\_

PACIENTE ADRIANA JULIANA DO NASCIMENTO

AGNÓSTI FX CLAVICULA E

ALERGIAS \_\_\_\_\_

IDADE \_\_\_\_\_ HAS \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_ DM2 \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_

ITEM \_\_\_\_\_ LEITO 302-7 DATA 14/09/2019

PRESCRIÇÃO

1 DIETA ORAL LIVRE HORÁRIO \_\_\_\_\_

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO SKV

3 SF 0,9% 500ML EV S/N month

4 DAPIRONA 500MG EV 8/8H SN SK

5 \_\_\_\_\_

6 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN

7 NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM SK

8 OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N 06

10 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SK

11 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/8H 14 22 06

12 \_\_\_\_\_ 12 18 24 06

13 \_\_\_\_\_

14 \_\_\_\_\_

15 \_\_\_\_\_

16 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

17 SSVV + CCGG 8/8 H

18 CURATIVO DIÁRIO

19 \_\_\_\_\_

20 \_\_\_\_\_

21 \_\_\_\_\_

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COM FACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACANÓTICO, ANICÉRICO, AFEARIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDIÇÃO: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:



**SINAIS VITAIS**

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. PEDRO DE AOUZA FAUSTO  
CRM-PR 2028  
Residente de Ortopedia e Traumatologia



307-7



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR UNSS

PACIENTE: Adriano J. L. Costa 7 ANOS  
 ENDEREÇO: Av. ...  
 CIDADE: Boa Vista (Roraima) DATA: 12/01/2011

DIAGNÓSTICO: Fratura de fêmur  
 OPERADO PELO DR. João ... E DR. ...

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 14/01/11 ÀS 17h00 EM  
 BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGUMAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
 CORONEL MOYANO DIA 14/01/11 ÀS 17h00 COM O  
 DR. João ...

ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. NÃO FICAR QUANDO REALIZAR EXERCÍCIO DE MEMBROS INFERIORES
2. TOMAR MEDICAÇÃO DE ACORDO COM O MÉDICO
3. NÃO RETIRAR GIPSOS E COSTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA
4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE
5. NÃO PERDER O RETORNO AMBULATORIAL
6. AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR DX COM BOM DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR EM ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Pedro de S. ...  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia

BOA VISTA, 14/01/11

MÉDICO



302-7 Adria.

24:00

PA = 100 x 70

FC = 73

T = 36°C

Dr. João Aires de Almeida  
Médico - Fica da Enfermagem  
COREN 51826

\* 06:00 = PA = 110 x 60 mmHg (FC = 67 bpm T = 36,7°C)

D = 4) E - + — *João Aires de Almeida*  
Médico - Fica da Enfermagem  
COREN 51826



**Not intended for official interpretation.**

SENHA JULIANA DO NASCIMENTO  
POFVORTOPR/PA

HOSP. GERAL DE RORAIMA  
Operador: H. R. A. C. / A. S. S. / B.

- KV, - mAs

21. 10. 1998

ORDEM  
PLACAS  
CDS 101



387 mm

L 128  
98 219

Not Intended for official interpretation.

ADRIANA JERUSALEM DO NASCIMENTO  
POBREDOYUTERA

HOSP. GERAL DE AGRARIA  
Operatório/PAIDOMAS/10  
RV - 01/04

ADRIANA  
JERUSALEM  
DO NASCIMENTO

□

330 11111

L 126  
IN 293



E

ADRIANO ANGELO NASCIMENTO - 1228

HOSPITAL OROONTE MILIA - 02/02/08

21/03/08

**ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO**

FILIAÇÃO.....

MARIA FRANCISCA RIBEIRO DO NASCIMENTO

NASCIMENTO..... 06/05/1993

SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: MANAUS - AM

DOCUMENTO..... C. I. 3995526 02/09/2009 SESP RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF..... 016.607.552-99 CNH.....

TIT. ELEITOR

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL/ DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 09/05/2011

ASSINATURA DO EMISSOR

IDENTIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

PROF. RAMIRO ALVES DE SOUZA

ASS. NATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 80.232 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

EXIÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

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

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

CPF 294316382 - 15

Ramiro Francisco da Silva Junior

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29/08/83

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461138/19

**Vítima:** ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

**CPF:** 016.607.552-39

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 27/08/2019

**Títular do CPF:** ADRIA JULIANA DO  
NASCIMENTO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

### ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO : 016.607.552-39

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

\_\_\_\_\_  
LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

\_\_\_\_\_  
GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190711314 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 27/08/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

**Data da análise:** 21/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 10/12/13/28\_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos 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:** 3190711314 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 27/08/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

**Data da análise:** 20/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG 10/12/13/28\_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

**Nome:** ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

**Identidade:** 3995526 SSP/RR **CPF:** 016.607.552-39

**Naturalidade:** MANAUS/AM **Nacionalidade:** BRASILEIRA

**Estado Civil:** SOLTEIRA **Profissão:** VENDENDORA

**Endereço:** RUA JOSE CARLOS PRAZERES, 1397 – UNIÃO / CEP: 69.313-782

### OUTORGADO:

**Nome:** LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

**Nacionalidade:** BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

**Profissão:** FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

**Endereço:** RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Peio Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 13 de novembro de 2019.



*Adria Juliana do Nascimento*

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461138/19

**Vítima:** ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

**CPF:** 016.607.552-39

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 27/08/2019

**Titular do CPF:** ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

### ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO : 016.607.552-39

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461138/19

**Número do Sinistro:** 3190711314

**Vítima:** ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

**CPF:** 016.607.552-39

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 27/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentos de identificação

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

\_\_\_\_\_  
LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

\_\_\_\_\_  
SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190711314                      Vítima: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 27/08/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

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

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
-----------------------------	--

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





---

**Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190711314**

**Vítima: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 27/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO**

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, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711314

Vítima: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 27/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000024189-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

01660755239

4 - Nome completo da vítima:

ADRIA JUMANA DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

ADRIA JUMANA DO NASCIMENTO

6 - CPF:

01660755239

7 - Profissão:

VENDEDORA

8 - Endereço:

R. JOSE CARLOS PRAZERES

9 - Número:

1397

10 - Complemento:

11 - Bairro:

UNIAO

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69313782

15 - E-mail:

LUANNA, SOU22A71@HOTMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

9599168367

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 24189

(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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

BOA VISTA, 28/11/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039958/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/11/2019 08:28 Data/Hora Fim: 13/11/2019 08:52  
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 27/08/2019 22:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: RUA HORÁCIO MARDEL DE MAGALHÃES

Bairro: Asa Branca

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Manaus Sexo: Feminino Nasc: 08/05/1993  
Profissão: Vendedor  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Maria Francisca Ribeiro do Nascimento

Endereço

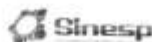
Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA JOSÉ CARLOS DOS PRAZERES Nº: 1397  
Bairro: BAIRRO UNIÃO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 016.607.552-39	Placa NAS0981
Renavam 00952689430	Número do Motor JA04E28064152
Número do Chassi 9C2JA04208R064152	Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor AMARELA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 23/04/2018	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Adria Juliana do Nascimento	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA PELA RUA HORÁCIO MARDEL DE MAGALHÃES



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves  
Data de Impressão: 13/11/2019 08:52  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039958/2019

SENTIDO AV. ATAIDE TEIVE > AV. MARIO HOMEM DE MELO, QUANDO TENTOU DESVIAR DE UM BUEIRO QUE ESTAVA SEM TAMPA E ACABOU PERDENDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAINDO. QUE FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL PELO SAMU. QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO A CLAVÍCULA DO LADO ESQUERDO. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.  
É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves  
Agente de Polícia  
Matrícula 042000169  
Responsável pelo Atendimento

Adria Juliana do Nascimento  
(Comunicante / Vítima)

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVIS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do Seguro ou A3:

3 - Nº da Vítima:

01660755239

4 - Nome completo da vítima:

ADRIA JUMANA DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS: FLUXO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - ORIGINAR: 01/09/2012

5 - Nome completo:

ADRIA JUMANA DO NASCIMENTO

6 - CPF: 01660755239

7 - Profissão:

VENDEDORA

8 - Endereço:

R: JOSE BARROS PRAZERES

9 - Número:

1391

10 - Complemento:

11 - Bairro:

UNIBO

12 - Cidade:

30A VISTA

13 - Estado:

RR

14 - Data:

29/03/2012

15 - E-mail:

MURRAYA.SOUZAA710@HOTMAIL.COM

16 - Telefone: 951991468367

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - Nome do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RÚCULO VERIFICAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00  
☐ R\$2.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DE INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para bancos abertos Nacionalmente)

☐ CONTA CORRENTE (Indicados abaixo)

Nome do BANCO:

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3057

CONTA:

24189

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora LIDER a debitar na conta bancária indicada, de minha inteira responsabilidade, o valor da indenização/valor devido da Seguradora DPVAT a que eu, LIDER, de fato, recorrendo e dando, caso já e somente após o efetivo, de crédito, que tenha total o valor devido.

12 - 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 fins de reconhecimento de incapacitação do Seguro DPVAT (Lei nº 5.197/74), uma vez que:

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

Solicito a preservação da análise do meu pedido de incapacitação do Seguro DPVAT, por incapacidade permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, com ciência, desde já, que não submeterei a análise médica presencial, caso necessário, às autoridades competentes, conforme o disposto no art. 134/74.

Declaro que esta autorização não significa anula a concordância com a futura avaliação médica de referência ao e reito do total ou parcial a avaliação médica, caso for feita pelo IML competente.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

13 - Estado Civil da vítima:

☐ Solteira

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

14 - Data da morte da vítima:

24 - Grau de parentesco com a vítima:

25 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima beneficiária:

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou herdeiros (herdeiros):

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima beneficiária:

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou herdeiros (herdeiros):

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização de Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se inscreverem e estiverem vivos, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração falsa acarretará a perda da indenização e a responsabilização criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital:

35 - Nome legível de quem assina a declaração (a ragra):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a ragra):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a ragra):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

30A VISTA, 28/03/2012

Adria Jumaná do Nascimento

Adria Jumaná do Nascimento

Adria Jumaná do Nascimento

Adria Jumaná do Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000024189-7

---

Nr. da Autenticação 084F6ED228FD0DEC