567234

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036055/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/10/2019 10:09 Data/Hora Fim: 18/10/2019 10:34

Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 14/04/2019 08:00

Local do Fato

Município: Bonfim (RR)

Logradouro: av Tuxaua de Farias

Bairro: centro

Nº: s/n

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 17/11/1994

Escolaridade: Ensino Fundamental Completo

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Helena Camilo de Souza

Nome do Pai: Juliao da Silva Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 702.131.732-80

RG - Carteira de Identidade: 409040-3

Endereço

Município: Cantá - RR

Logradouro: rua entrada da estrada canauani

Bairro: area rural

Telefone: (95) 99130-6744 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição HONDA/CG 150 SPORT,VERMELHA, NAR7254

Placa NAR7254

Número do Motor KC08E68018138

Ano/Modelo Fabricação 2008/2008

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG 150 SPORT

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 873.435.502-25

Renavam 00961961805

Número do Chassi 9C2KC08608R018138

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG 150 SPORT

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 22/04/2008

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036055/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Silvano da Silva Oliveira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a este distrito policial para informar que estava conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 SPORT,VERMELHA, Placa NAR7254, Chassi 9C2KC08608R018138, que ao atravessar a avenida Tuxaua de Farias no município de Bonfim-RR foi colidido com outro veículo placa não identificada, que bateu na lateral da motocicleta derrubando o comunicante, e fugiu sem prestar socorro, que o comunicante foi conduzido por uma ambulância para o hospital, que o comunicante quebrou a perna do lado direito devido o acidente de transito, era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS

Ronaldo Oliveira da Silva
Não Informado
Matrícula 42000812
Responsável pelo Atendimento

Silvano da Silva Oliveira
(Comunicante)

"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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 10 / 12 / 2019 às 09:17
ASSINATURA
Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat. 42000988

Delegado de Polícia Civil: Emerson Luiz Freire
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 10/12/2019 09:08
Protocolo nº: Não disponível

Sinesp

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: [ ] DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) [X] INVALIDEZ PERMANENTE [ ] MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: 702 131732-80 | 4 - Nome completo da vítima: Silvano da Silva Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº445/2012

5 - Nome completo: Silvano da Silva Oliveira 6 - CPF: 702 131732-80
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: R. Entrada da Estrada Canauani 9 - Número: S/N 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69380000
15 - E-mail: 16 - Telefone: 99113.3855

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:

[X] RECUSO INFORMAR [ ] R$1,00 A R$1.000,00 [ ] R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
[ ] SEM RENDA [ ] R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 [ ] ACIMA DE R$5.001,00

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

[X] CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
[ ] Bradesco (237) [ ] Itaú (341)
[ ] Banco do Brasil (001) [X] Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3998 [ ] CONTA: 0000873 [9]
(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 do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor creditado.

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

[X] Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de recebimento da 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 de 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 neto(s) vivo(s)? [ ] Sim [ ] Não 31 - Vítima tem 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 - Se o(a) vítima ou beneficiário não sabe assinar

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

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

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

38 - 1ª - Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª - Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista 02 Dezembro 19

Silvano da Silva Oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

William Gonçalves
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: 06/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03588

CONTA: 000000008739-2

Nr. da Autenticação 64013EBD249F7AC2

RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO: 0557647-4

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 091 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal: 4060842

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

FCAM*

CONTA REF.	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R$)
NOVEMBRO/2019	06/12/2019	108	64,23

HELENA CAMILO DE SOUZA
R. ENTRADA DA ESTRADA - CANAUANI
CEP: 69.390-000 - CANTA

CPF: 00066356008253

DADOS DA LEITURA (KWH)	
Atual:	6421
Anterior:	6389
Dias de consumo:	32
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo medido:	108
Consumo Faturado:	108

DATAS DA LEITURA	
Atual:	19/11/2019
Anterior:	18/10/2019
Próxima leitura:	19/12/2019
Emissão:	18/11/2019
Apresentação:	19/11/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Grupo/Subgrupo:	4.2.2.1
Classe/Subclasse:	RURAL
Ligação:	MONO
Número Medidor:	225904
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	

DETALHAMENTO DA CONTA

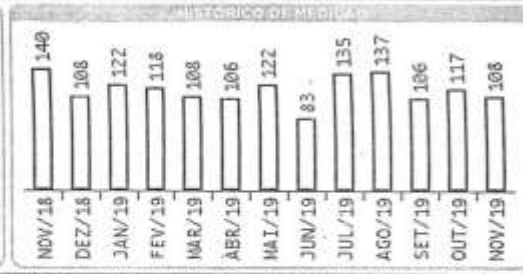
CONSUMO	108 A R$ 0,568278 =	61,37
MULTA POR ATRASO 08/19-00		1,48
JUROS DE MORA DE INPO 08/19-00		1,38

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 100 - 0,459238

Média 12 meses: 116

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia eletrica a partir de 04/12/2019, em funcao das contas reavisadas nesta fatura. O nao pagamento podera ensejar tambem a inclusao do do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existir(em) contas vencida(s) e ja reavisada(s) no valor de R$ 59,11 (valor historico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano	Valor R$
10/2019	65,68

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATE 13.12.19 P/ NAO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATE 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MEDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUCAO ANEEL N 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 0800701 9120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO: 558D.499E.0344.25CA.C9A3.C5F9.0E76.68E4

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Energia:	30,19	Encargos:	1,97
Distribuição:	14,55	Tributos:	11,77
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R$

Base de Cálculo:		ALÍQUOTA	VALOR
61,37	ICMS:	17,00%	10,43
	PIS:	0,37%	0,23
	COFINS:	1,80%	1,11

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC Mensal	DIC Trimestral	DIC Anual	FIC Mensal	FIC Trimestral	FIC Anual	DMIC Mensal	DICRI Mensal
Limite	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Conjunto: Período de apuração: 09/2019 CUSD: 0,00

ROT: 109.031.09.75.028000

RORAIMA ENERGIA

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 091 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO: 0557647-4

TOTAL A PAGAR - R$: 64,23

MÊS FATURADO: 11/2019

VENCIMENTO: 06/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 4060842

FCAM*

83630000000 4 64230075000 6 00000000557 9 64741119008 3

SEQ.: 0028 UC: 0557647-4 DT.LEIT.: 19/11/2019 T.ENTR.: 01
LEITURA: 6421 NORMAL TOTAL: 64,23 CARGA: 001
DT VENC.: 06/12/2019 IRREG.: 000 JLETOR: 4341

RORAIMA ENERGIA

Para contato conosco informe este número

SEU CÓDIGO 0070349-4

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003301566

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
JULHO/2019	06/08/2019	267	237,56

ELIETE ARAUJO DA SILVA
R. CC 11 294 LAURA MOREIRA
CPF: 00035469900215
CEP: 69.318-050 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.291200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh
Atual:	37543	
Anterior:	37276	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	267	
Consumo Faturado:	267	FCAN

DATAS DA LEITURA	
Atual:	23/07/2019
Anterior:	21/06/2019
Próxima Leitura:	23/08/2019
Emissão:	22/07/2019
Apresentação:	23/07/2019

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BT	11EDB06955	N 14 1801	1 1 1 2	233

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo	
JUN/19	147
MAI/19	212
ABR/19	239
MAR/19	182
FEV/19	170
JAN/19	294
DEZ/18	210
NOV/18	280
OUT/18	292
SET/18	229

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 267 - 0,634620

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 267 A R$ 0,764602 =	204,14
CORRECAO MONETARIA DA 05/19-00	0,04
CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00	0,88
MULTA POR ATRASO DE I 05/19-00	1,56
JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00	0,29
MULTA POR ATRASO 05/19-00	3,27
JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00	1,85
ILUMINACAO PUBLICA	25,53

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
06/2019	148,63

20

LIGUE 0800701 9120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO DE75.C105.6B3A.03DA.50B9.E3EB.AB69.3F13

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$	
Distribuição:	52,45
Energia:	111,22
Transmissão:	0,00
Encargos:	5,77
Tributos:	34,70

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$	
Base de Cálculo:	204,14
Alíquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	34,70
Valor do PIS:	0,00
Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
6,55			13,00			1,13

DISTRITO 05/2019 69,55

ROT: 7.001.28.01.291200

RORAIMA ENERGIA

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR – R$
0070349-4	237,56
MÊS FATURADO	**VENCIMENTO**
07/2019	06/08/2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 003301566 FCAN

83620000002 1 37560075000 0 00000000070 3 34940719008 2

SEQ.: 00182 UC: 0070349-4 DT.LEIT.: 23/07/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 37543 NORMAL TOTAL: 237,56 CARGA: 015
DT.VENC.: 06/08/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1231

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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[1] 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 William gonçalves Franco inscrito (a) no CPF/CNPJ 825396343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Silvano da Silva Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 702131732 / 80, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Silvano da Silva Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 702131732 / 80, 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: R. C.C. 11		Número: 294	Complemento:
Bairro:	Cidade: Boa vista	Estado: RR	CEP: 69310050
Email:	Telefone comercial(DDD):	Telefone celular (DDD): 99113385 5	

Boa Vista, 02 de Dezembro de 19
Local e Data

William gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

14/04/2019

..:: Guia de Atendimento 17 ::..

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.:

1901097256 14/04/2019 13:46:47 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 27

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
SILVANO DA SILVA OLIVEIRA	**17/11/1994**	**24 A 4 M 27 D**			171.533

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IGNORADO				**M**		**PARDA**	**BOA VISTA - RR**	**BRASILEIRA**

Mãe: **HELENA CAMILO DE SOUZA**
Pai:
Contato: **(95) 99121-1968**
Ocupação:
Endereço: **RUA - TERRA INDIGENA CANUANIM - - - CANTA - RR**

Alta: 28/04/19

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: **SAMU CAPITAL**
Procedimento Sol.:
Registrado por: **LIDIANE.OLIVEIRA**

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto. Tel (95) 2121-0630
AUTENTICAÇÃO
25 OUT 2019
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi ... neste Hospital

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

15:05

Impresso por: lidiane.oliveira
Data Hora: **14/04/2019 13:47:37**

1901097256

10.102.5.252:8888/IS4/is4//BBD044EE-812D-483B-A712-049B0A3281F9.html

Ortopedia 14-04-19

Paciente relata acidente de (carro) digo moto com fratura exposta de tíbia (D)

Ao Exame: corte anterior < 5 cm infectado

Ao Rx: Fratura diafisária de tíbia (D) (Exposta)

CD: Ao CC.

Dr. Pedro [illegible] Giovanni
Ortopedista Traumatologista
CRM-RR 1615 / RQE: 684

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
2019
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

A **BLOCO A**

Alta: 18/04/19

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Silvano da Silva Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 171.53

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7 0 1 7 6 0 6 2 9 6 3 8 5 0 9 5

8 - SEXO: M

9 - DATA DE NASCIMENTO: 17/11/94

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Helena Camilo de Souza

11 - TELEFONE DE CONTATO — DDD — Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Comunidade Canauanim

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Cantá

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF: RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pac. com fratura exposta da tíbia (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO cirúrgico

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

EF + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura exposta de tíbia (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
25 MAI 2019
Certifico e Dou Fé que a presente cópia confere com o original que foi apresentado neste hospital.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTO cirúrgico fratura exposta tíbia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: Dr. Pedro

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 14/04/19

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

Dr. ... Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1015?

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 14/11

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

040805050
5822

HGR
Hospital Geral de Roraima

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 14/04/19 O.S.__________

Silvano da Silva Oliveira
~~[illegible]~~

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta tíbia (D)
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: LMC + Fixador externo tíbia (D)
TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: o mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Pedro
1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR:
INSTRUMENTADORA:
3º AUXILIAR:
ANESTESIA:
ANESTESISTAS:
ANESTÉSICO:
INÍCIO:
FIM:
DURAÇÃO:

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 167[illegible] RQE: 684

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Paciente em DDH + Anestesia Raqui
2) Assepsia + Antissepsia
3) LMC 5 litros + Desbridamento de tecido desvitalizado
4) Fixação com fixador externo 300mm
5) Controle radiográfico
6) Sutura
7) Curativo

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
OUT 2019
Sheila
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

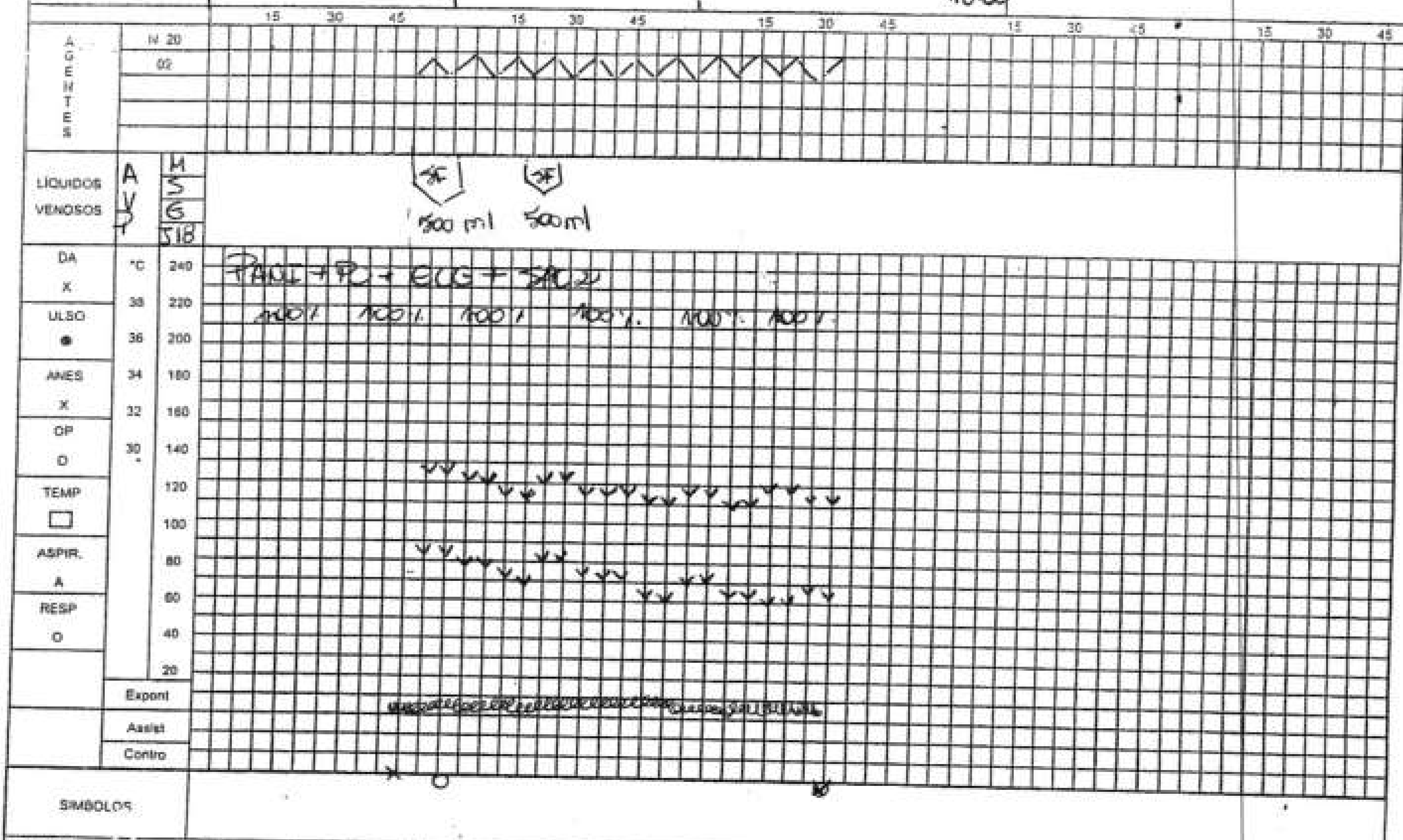
FICHA DE ANESTESIA

Silvano da S. Oliveira.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº Boa Vista - RR
14.04.2019

15:00 16:00 17:00 18:00



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Bupivacaína (P) 15mg (SA)		Raquianestesia lombar hiperbárica simples via mediana. Ventilação espontânea	* Check list + monitorização (PANI FC + ECG + SPO2)
B			1. Antepsia da região lombar com alcool à 70% + colocação de campos fenestrado e estéril.
C			2. Punção lombar entre L2/L3 com agulha 26G de Quinck saída de líquor claro.
D			3. Injeção no espaço subaracnóideo de 15 mg de bupivacaína hiperbárica
E			4. bloqueio satisfatório
F			⊗ Encaminho paciente para SRPA
G			

GLICOSE — LÍQUIDOS
NOCD
SANGUE
SF0,9% 1000 ml EV

Cânula - Naso / Oro Faringea
Naso / Orotraqueal - Cega
Bal - Tamp - Calibre do Tubo
Sob Máscara
Dificuldade Técnica

TOTAL 1000 ml SF0,9%

TEMPO DE ANESTESIA: 1 hora e 30 min.

OPERAÇÃO
Fixação externa de fratura exposta de tíbia direita.

Laringo - Espasmo - Excesso Secre
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Anemia
Bradi Taquicardia - Choque

ANESTESIA: Dr. Eudes / Dra Marcelle R3 — CÓDIGO
Dra Buchesca R1

CIRURGIÃO: Dr. Pedro

PERDA SANGUÍNEA

Eudes Marques P. Filho
Médico
CRM 690-RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
AGO 2019
Certifico e dou fé que a presente cópia é fiel reprodução do original que me foi apresentado

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

24a Consultório

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO		DATA
Silvano da Silva Oliveira	C61		14	104 119

CIRURGIA

TIPO	INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO / TEMPO TOTAL
Fixação de Fratura Exposta de Tíbia (D)	16:50	17h45	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO: Drº Pedro Giovanni	ANESTESISTA: Drº Eudes
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA: Drª Mareli R2
	INSTRUMENTADOR
2º AUXILIAR	CIRCULANTE: Gilberto e Talita
TIPO DE ANESTESIA: Raque	TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
4	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		2	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO	
(1)	PACOTES GAZE Sound			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL ~~7.0~~ 6.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 21			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS:	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSAVÉIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE: Stefanie e Rebeca	MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SUB-TOTAL	
		TAXA DE SALA	
FUNCIONARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA: Gilberto e Talita	TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	

Talita de Fátima S. Aguiar
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 491183-AE

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

Lote: 014298 Código: AF35 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X T
Fab.:21/02/2019 Val.:02/2024
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F138
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 013968 Código: F08 8 208
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
SARTORI - LINEFIX
TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL
Fab.:22/02/2019 Val.:02/2024
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

SEGAU

SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SR

NOME: Silvano da Silva Oliveira

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 14/4/19
Reg.: — Idade: 24
Chegada: 16h10
(X) Emergência ( ) U.T.I. 1
( ) Internação ( ) U.T.I. 2
( ) Outros: —
Cirurgia Proposta: HC7 fixação tíbia (D)
emergência
( ) Jejum ( ) ... anestésico
( ) ... ( ) ...
( ) ... ( ) ...
( ) Alergia ( ) ...opata
( ) Exames ( ) ...
( ) Outros —

2. Estado Emocional/ Mental
( ) Choroso ( ) Sonolento
( ) Agitado
(X) Outros: ansioso

3. Sinais Vitais:
T: 78 °C P: 138/71 bpm
FC: 78 PA: 138/71 mmhg
SAT: 99 % R: — rpm
( ) Regular ( ) Irregular

4. Condições da Pele:
( ) FAB ( ) Ferimento
( ) FAF ( ) Queimado
( ) Dor ( ) Hematoma
( ) Frio ( ) Contusão
( ) Edema ( ) Deformidade
( ) Amputação ( ) Amputação
( ) Abrasão (X) Frat. Exposta tíbia (D)

TRANS-OPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término	Saída S.O.
16h15	16:50	16h20	17:45.	

Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento
Fixação de fratura Tíbia (D)	raqui	dorsal

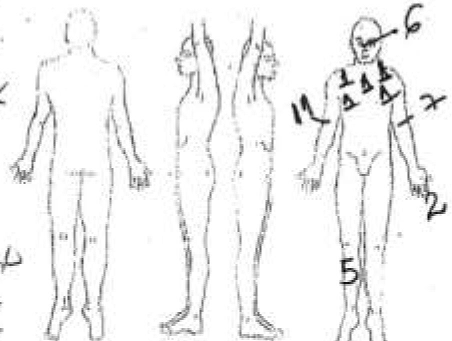
Hidratação Infundida	Antibiótico-terapia	Hemoderivados
SF a 0,9% 1000 ml	Nome: —	CH: —
SG a 10%	Dose: —	...
Outros:		...

Nº de compressas oferecidas:
Nº de compressas recolhidas: X

Sinais Vitais:
T: — °C P: — bpm Nº placas: —
SAT: 100 % R: — rpm ( ) Cultura
( ) Regular ( ) Irregular ( ) Outros: —
FC: 58 bpm PA: 119/66 mmhg

Exames na SO: ( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma (X) Raio X
( ) Outros:

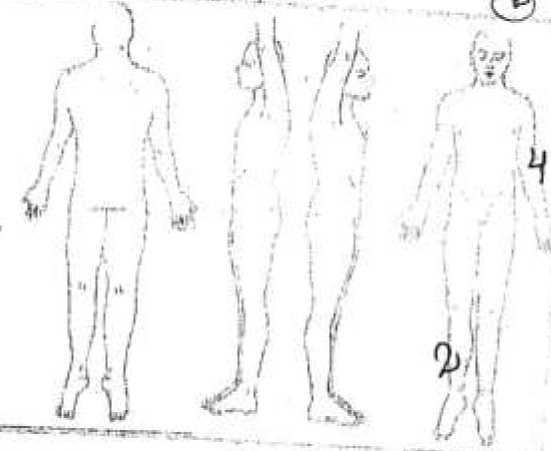
Legenda
1. Eletrodos ✓
2. Oxímetro ✓
3. PVC ✗
4. Placa de Bisturi ✓
5. Incisão ✓
6. Cateter ✓
7. Venóclise ✓
8. Dreno †
9. SNG †
10. Faixa de Smarch ✓
11. Outros PAM



Destino: (X) SRPA ( ) ... ( ) ...

Anestesia: raqui
Fixação fratura exposta tíbia (D)

Localização



1. ...
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso Venoso
E. Outros

	Sinais Vitais			
	T	P	PA	SPO2
0'		63	123/58	100
15'				
30'				
45'				
1h				
30'				
2				
2,30				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Balanço Hídrico

Entradas				Saídas		
EV	HV	CH	SNG	Dreno	Diurese	SNG
SF 0,9% 500ml						

Entrada:
A.E.:
Saída:

Lote: 013965 Código: F08 8 208
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
SARTORI - LINEFIX
TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL
Fab.:22/02/2019 Val.:02/2024
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br
Lote: 014295 Código: AF35 8 690
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X T
Fab.:21/02/2019 Val.:02/2024
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@...

... Roraima
Av. ... Gomes, S/N
... Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
25 MAI 2019
Certifico e dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original a mim apresentado neste Hospital

L. 61

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	SILVANO DA SILVA OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE TIBIA D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	61	DATA	17/04/2019

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	~~12~~ ~~18~~ ~~24~~ ~~06~~
5	—— // ——	——
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENS	SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITE	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	~~06~~
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	~~08~~ (16) (24)
11	CLINDAMICINA 600MG EV ou VO 6/6H	~~12~~ (18) ~~24~~ ~~06~~
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H ou 500g	~~10~~ ~~12~~ ~~24~~
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO	Rotina
19		
20		
21		

NÃO VEIO DA FARMÁCIA

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 MEDICA:

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

06h. 120x70 P 58 t. 36,7

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	142x68	85	—	—
18 H	140x90			
24 H	126x86	58		36,7

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

pcte tranquilo, aceitou medicação segue
[illegible] COREN 055 293

18.00 pac. no leito, acordado sem queixa, adm medicação prescrita
Claudina

Farmácia

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	**SILVANO DA SILVA OLIVEIRA**				
DIAGNÓSTICO	**FX EXPOSTA DE TIBIA D**				
ALERGIAS		HAS	**NEGA**	DM2	**NEGA**
IDADE		LEITO	**61**	DATA	**18/04/2019**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITE	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
11	CLINDAMICINA 600MG EV ou VO 6/6H	
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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 MEDICA:

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

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

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

HGR

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Silvano da Silva ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA / / COM
DIAGNÓSTICO DE fratura exposta de

NO DIA 19.09.19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE redução aberta fixação externa de x.n SENDO
OPERADO PELO DR. [illegible] E DR.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA [illegible], ÀS , EM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL CORONEL MOTA NO DIA [illegible], ÀS , COM O DR.

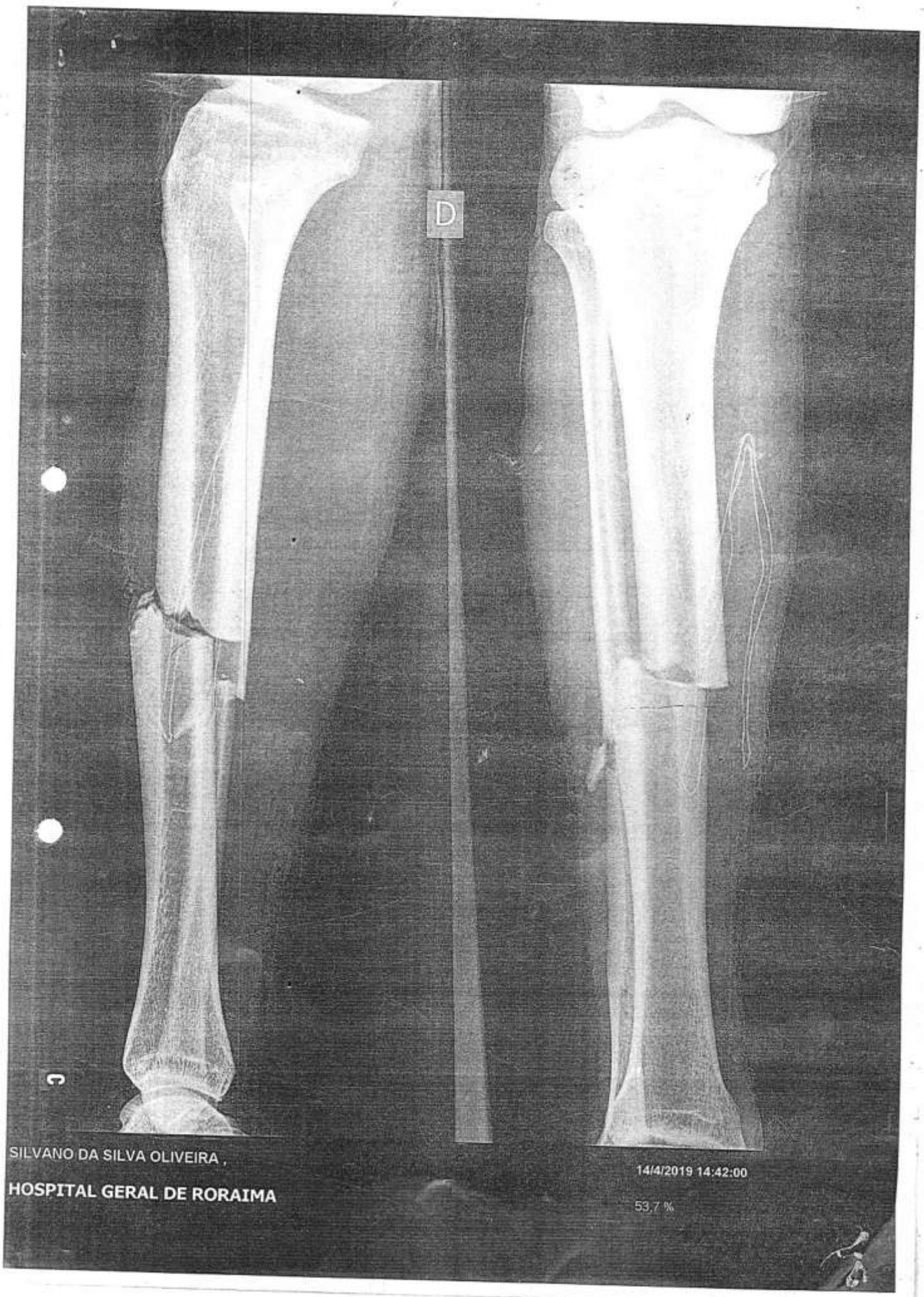
ORIENTAÇÕES GERAIS

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Marcio Lima

BOA VISTA, [illegible]

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 2028
MÉDICO


D
SILVANO DA SILVA OLIVEIRA ,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
14/4/2019 14:42:00
53,7 %

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

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

Polegar Direito

Silvano da Silva oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **409040-3**

DATA DE EXPEDIÇÃO 19/06/2017

NOME

SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

FILIAÇÃO

JULIÃO DA SILVA OLIVEIRA

HELENA CAMILO DE SOUZA

NATURALIDADE

CANTÁ - RR

DATA DE NASCIMENTO

17/11/1994

DOC. ORIGEM

CERTD NASC 113625 FLS 115 LIV A-214
1º OF BOA VISTA-RR

CPF

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscopista da Polícia Civil
Diretor do IDC

2ª VIA

P1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

702.131.732-80

Nome

SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

Nascimento

17/11/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ

William gonçalves franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717

DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016

NOME
WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO
GERALDO ROCHA FRANCO
MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE
SANTA INÊS - MA

DATA DE NASCIMENTO
09/12/1978

DOC ORIGEM
CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35
2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20
2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscopista da Polícia Civil
Diretor do IDC

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
Nº 0114863...
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01
CÓD. RENAVAM: 00961961855
R.N.T.R.C.:

NOME: ALLAN PIRES DE OLIVEIRA
BOA VISTA

CPF / CNPJ: 873.435.502-25
PLACA: NAR7254

PLACA ANT / UF:
CHASSI: 9C2KC08608R018138

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC.
COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 SPORT
ANO: 008

CAP / POT / CIL: 2P/0149CC/
CATEGORIA: PARTICU
COR PREDOM: VERMELHA

IPVA
COTA ÚNICA: *PAGO*
VENC. COTA ÚNICA: *PAGO*
VENC / COTAS: 1ª ******** 2ª ******** 3ª ********
FAIXA I.P.V.A.: ** PAGO COTA UNICA
PARCELAMENTO / COTAS:

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$):
IOF (R$):
PRÊMIO TOTAL (R$): 292.01
DATA DE PAGAMENTO: 12/05/20..

OBSERVAÇÕES:
AL.FID. ADM ... NACIONAL HONDA LT *
PROIB. ROT. ... AMAZ OCID *

SEGURO OBRIGATÓRIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL: BOA VISTA-RR
DATA: 12/05/20..

EXPEDIDOR

... TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

Nº 011486360097 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatSEgurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016
DATA EMISSÃO: 12/05/2016

CPF / CNPJ: 873.435.502-25
PLACA: NAR7254

...781455 HONDA/CG 150 SPORT

CAT. TARIF.:
Nº CHASSI: 9C2KC08608R018138

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
R$129.04	R$14.34	R$143.38

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
...15	R$1.11	R$292.01

PAGAMENTO: COTA ÚNICA / PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO: 12/05/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.SEguradoralider.com.br

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455515/19

Vítima: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 702.131.732-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2019

Titular do CPF: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

SILVANO DA SILVA OLIVEIRA : 702.131.732-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/12/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704472 **Cidade:** Bonfim **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO- PAG 4) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704472 **Cidade:** Bonfim **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO- PAG 4) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Silvano da Silva Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: Pedreiro ESTADO CIVIL:
CPF: 702 131732-80 RG: 409040-3
ENDEREÇO: R. Entrada da Estrada Canauani
BAIRRO: CANTA
CEP: 69390000 CIDADE: Boa Vista

VITIMA: Silvano da Silva Oliveira
CPF: 702 131732-80 DATA DO SINISTRO: 14/04/2019
NATUREZA: Brasileiro Invalidez

OUTORGADA:

NOME: William gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: Corretor
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SE SP/RR
DATA DE EMISSÃO: 13/10/16
Nº. CPF: 825 396343-20
ENDEREÇO: R. CC 11, C 294. Conjunto Cidadão

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPAVAT administrado pe3la Seguradora Líder, em razão de acidente de transito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a) bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos , municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privado, além de transigir, depositar, substalecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista RR, 02 de Dezembro de 2019.

CARTÓRIO LOUREIRO

SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

ASSINATURA

NOTA: Certifico que o presénte documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.

CARTÓRIO LOUREIRO — DR. JOZIEL LOUREIRO, TABELIÃO E REGISTRADOR
REC VERDADEIRA a(s)assinatura(s)
-SILVANO DA SILVA OLIVEIRA
ACS Em testemunho ____ da verdade Boa Vista, 29/11/2019
Emol 2,25 FUNDEJURR 0,25 FISC 0,10 FECON 0,10 ISS 0,10 Vr Selo 1,5
Selo: RECFIR158345PXHLYH2ZHCYB5G32 Nº Ticket: 00426
Consulte seu selo: https://cidadao.portalselorr.com.br
CPF Solicitante: 70213173280

André G. Sabino
Escrevente Autorizado
Cartório Loureiro

Obs – Reconhecimento por autenticidade

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455515/19

Número do Sinistro: 3190704472

Vítima: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

Data do acidente: 14/04/2019

CPF: 702.131.732-80

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

SILVANO DA SILVA OLIVEIRA : 702.131.732-80

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 24/12/2019	Data do cadastramento: 24/12/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO	Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 825.396.343-20	CPF: 104.396.626-99
WILLIAM GONCALVES FRANCO	GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455515/19

Vítima: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

Data do acidente: 14/04/2019

CPF: 702.131.732-80

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

SILVANO DA SILVA OLIVEIRA : 702.131.732-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 17/12/2019	Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO	Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 825.396.343-20	CPF: 104.396.626-99
WILLIAM GONCALVES FRANCO	GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190704472

Vítima: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

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

Pag. 01449/01450 - carta_03 - INVALIDEZ
00070725
Carta nº 15254155

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

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190704472 **Vítima: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA**

Data do Acidente: 14/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R$ 2.362,50

Recebedor: **SILVANO DA SILVA OLIVEIRA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **104**
Agência: **000003588**
Conta: **000008739-2**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00789/00790 - carta_15R - INVALIDEZ
00050395

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3 - CPF da vítima: 702 131732-80
4 - Nome completo da vítima: Silvano da Silva Oliveira

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Silvano da Silva Oliveira
6 - CPF: 702 131732-80
7 - Profissão: Pedreiro
8 - Endereço: R. Entrada da Estrada CONAUANI
9 - Número: S/N
10 - Complemento:
11 - Bairro: CANTA
12 - Cidade: Boa Vista
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69390000
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 99133855

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 ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3588 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 0000873 9 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (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

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

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista. 02 Dezembro 19

Silvano da Silva Oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2019

Seguradora **LÍDER**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 702 131732-80

4 - Nome completo da vítima: Silvano da Silva Oliveira

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

5 - Nome completo: Silvano da silva Oliveira

6 - CPF: 702 131732-80

7 - Profissão: Pedreiro

8 - Endereço: R. Entrada da Estrada Convarai

9 - Número: S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro: Canta

12 - Cidade: Boa Vista

13 - Estado: RR

14 - CEP: 69380000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): 99113 3855

DADOS CADASTRAIS

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)

AGÊNCIA: 3688 (Informar o dígito se existir)

CONTA: 00008739 - 2 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir)

CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT o 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.

PERMANENTE

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 (a)(nozes)? ☐ 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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Boa Vista, 02 Dezembro 19

Silvano da Silva oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

- Assinatura do Representante Legal (se houver)

William Carvalho

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: [ ] DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) [X] INVALIDEZ PERMANENTE [ ] MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 702 131732-80

4 - Nome completo da vítima: Silvano da Silva Oliveira

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

5 - Nome completo: Silvano da Silva Oliveira

6 - CPF: 702 131732-80

7 - Profissão: Pedreiro

8 - Endereço: R. Entrada da Estrada Confiança

9 - Número: S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro: Canta

12 - Cidade: Boa Vista

13 - Estado: RR

14 - CEP: 69380000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): 99133855

DADOS CADASTRAIS

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:

[X] 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: [X] BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO [ ] REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

[ ] Bradesco (237) [ ] Itaú (341) [ ] Banco do Brasil (001) [X] Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3688 [ ] (Informar o dígito se existir) CONTA: 00008739 [2] (Informar o dígito se existir)

[ ] CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: [ ] [ ] (Informar o dígito se existir) CONTA: [ ] [ ] (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT o 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

[X] 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.

PERMANENTE

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 (a)(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 o pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Boa Vista, 02 Dezembro 19

Silvano da Silva Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

William Carvalho

43 - Assinatura do Procurador (se houver)