

Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Gómez, 501 – Centro – Boa Vista – RR  
CNPJ 02.341.470/0001-44 | Inscrição 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

003122719

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

CONTAMÉS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	11/07/2019	360	373,63

ILOIR INACIO DE SOUZA  
R. ANTONIO P GALVAO 1832 4 BURITIS

CPF: 00038305151204

CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021724

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual	51562		Atual: 24/06/2019
Anterior:	51202		Anterior: 27/05/2019
Constante de Multiplicação:	1.000		Próxima Leitura: 24/07/2019
Consumo Médio:	360		Emissão: 19/06/2019
Consumo Faturado:	360	FCAM	Apresentação: 24/06/2019

NORMAL

28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Multímetro	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fai	Média 12 meses
RÉSIDENCIAL	BI	2207276	N 1519448	1.1.1.2	461
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo					
MAI/19	453	CONSUMO	360 A R\$ 0,773664 =	278,51	
ABR/19	438	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 03/19-00	0,43		
MAR/19	505	CANC-DESC. S/MULPARCEL 03/19-00	4,35		
FEV/19	389	CANC-DESC. S/JUR. PARCE 03/19-00	4,07		
JAN/19	356	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 03/19-00	13,65		
DEZ/18	419	MULTA POR ATRASO DE I 03/19-00	2,60		
NOV/18	512	JUROS DE MORA POR ATR 03/19-00	0,69		
OUT/18	508	MULTA POR ATRASO 03/19-00	15,16		
SET/18	499	JUROS DE MORA DE IMPO 03/19-00	12,12		
AGO/18	544	ILLUMINAÇÃO PÚBLICA	42,05		
Total de faturamento					
0 m 200 - 0,000000					

## MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

## DEBITOS JA REAVISADOS

REVISÃO DE DEBITOS VENCIMENTO  
Mês/Ano Valor R\$ Informações existentes no débito(s) vencido(s) no valor de R\$  
04/2019 777,03 XXXXXXXX,00 (sem acréscimos legais) ate essa data. Caso o(s)  
débito(s) ja tenham sido paga(s), procurar uma loja de  
atendimento da Elajobras Distribuidora Roraima com o(s) com-  
provante(s) de pagamento.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

0378.5443.E5F9.4900.15E4.9A9F.88BB.3A60

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição 149,97	Base de Cálculo: 278,51
Energia: 0,00	Aliquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 7,79	Valor do ICMS: 47,34
Encargos: 50,03	Valor do PIS: 0,47
Tributos:	Valor do COFINS: 2,22

## INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99

0,00 0,00 0,00

FLORESTA 04/2019 143,70

ROT: 5.001.12.04.021724

SEQ.00070 UC: 0108917-0 TOTAL A PAGAR - R\$ 373,63

MÊS FATURADO 06/2019 VENCIMENTO 11/07/2019

CNPJ: 02.341.470/0001-44

Código Fai: 461

Data: 19/06/2019

FCAM: 003122719

Carga: 008

Data: 24/06/2019

Carga: 008

Data: 24/06/2019

Carga: 008

17 JUL 2019

 **RORAIMA**  
**ENERGIA**

Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Gómez, 501 – Centro – Boa Vista – RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3

CNPJ: 33.610.000/0003-97 73630075000 6 03600000103 1 91700619008 1



SEQ.: 00070 UC: 0108917-0 DT.LEIT.: 24/06/2019 T.ENTR.: 04  
LEITURA: 51562 NORMAL TOTAL: 373,63 CARGA: 008

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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.

Declaro que, eu João Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512-04,  
a qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Roberto Ferreira Silveira inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 077.239.972-72, do sinistro de DPVAT cobertura Indenidade da Vítima  
João Roberto Ferreira Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.239.972-72, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

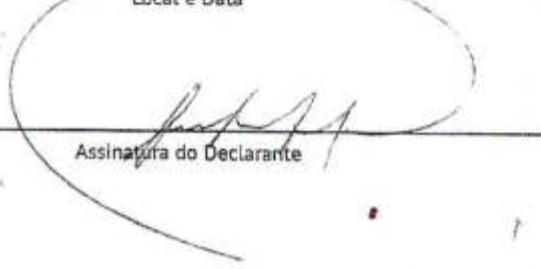
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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		Número	Complemento
<u>Rua: Antônio P. Galvão</u>		<u>1832</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Buriti</u>	<u>Boa Vista</u>	<u>RR</u>	<u>69.309-209</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>IL0.IRRR@hotmail.com</u>			<u>(95)98403-5060</u>

Boa Vista - RR, 23 de Abril de 2019  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante

17 JUL. 2019

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Roberto Junema Silva Junior  
RG nº 350294-5, data de expedição 27 / 08 /2018,  
Órgão SSP, portador do CPF nº 005-537-042-06, com  
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de  
RR, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R: Rosário  
meta, nº 63,  
Bairro: 13 de Setembro, declaro, sob as penas da Lei, que o  
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima João Roberto Junema Silva  
cujo o condutor era \_\_\_\_\_.

Veículo: motorizada

Modelo: Honda Fan 150

Ano: 2013 - 2014

Placa: NAN 3619

Chassi: 9C9K C1680ER 413403

Data do Acidente:

Local e Data: Boa Vista/RR, 07 / 05 / 19

João Roberto Junema Silva Junior

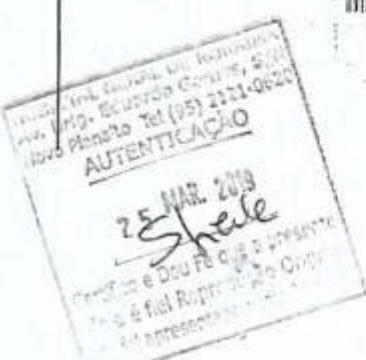
Assinatura do Declarante

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



*Marjory C. C. Ebell Brilho*  
Escriturante Autorizada  
Cartório Loureiro

17 JUL. 2019

Paciente <b>JOAO ROBERTO JUREMA SILVA</b>		Data Nascimento 17/05/1957	Idade 61 A 7 M 5 D	CNS 704600638383821	CPF 07723997272	Prontuário 227	
TIPO DOC IDENTIDADE	Documento 60633	Órgão Emissor SSP/RR	Data Emissão 27/03/1985	Sexo M	Estado Civil PARDA	Naturalidade MANAUS - AM	
Mãe	Pai ALBERTO CARLOS DA SILVA					Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço	RUA - PROFESSOR AGNELO BITENCOURT - 63 - SAO FRANCISCO - BOA VISTA - RR					Ocupação (95) 3015-1590	
Class. de Risco	Piano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Sector <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>SAMU CAPITAL</b>	Procedimento Sol.		Registrado por: <b>KAREN.GARCIA</b>			
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem		<b>GSC</b> AO: 1234 RV: 12345 MVR: 123456					<b>TOTAL</b> 15
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 20:18 h)							
Paciente trazido pelo SAMU em prancha menor + colise cervical. Paciente relata atropelamento de caminhão. Acha dor intensa em Abdômen, lombos. Apresenta escomiações em flanco. também relato dor em região cervical							
Exame Físico	BEG, lotei maa, evapores.						
Hipótese Diagnóstica		<i>Estreitado de fundo - Dor de D</i>					
SADT - Exames Complementares		<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:					
PRESCRIÇÃO							
1- Diprofene 5g  2- Fintil 40mg  <i>Artemis da Silveira Souza</i> <i>Médico</i> <i>CRM-RR 2045</i>							
APRAZAMENTO							OBSERVAÇÃO
Conduta							
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: <i>o J. P. S.</i>							
Óbito							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família					<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: karen.garcia Data Hora: 22/12/2018 20:14:39							 





Descrição de Procedimento

Nome: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

Profissionais: Dr Levindo/ Dr. Lucas R2/ Dr. Givaggo R1

Data: 23/12/2018 – 1:00h

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

*Levindo Oliveira*  
Cirurgia Geral  
Coloproctologia  
CRM-RR 443

*Dr. Givago Henrique*  
Cirurgia Geral  
CRM-RR 1803

17 JUL. 2019

NOME: João Roberto Jurema Silva

IDADE: 61

LE ITO: 220-3

DATA DA CIRURGIA: -

MÉDICO PRECEPTOR: Dr Hélder

MÉDICO RESIDENTE:

Diagnósticos: Trauma Abdominal Contuso + Pneumotórax à Direita e fratura de arcos costais

## Dispositivos:

NPT:   
Sonda Vesical:   
Dreno de Tórax:   
Outros: \_\_\_\_\_

## Antimicrobianos:

Atual: \_\_\_\_\_

Pregresso: \_\_\_\_\_

Paciente mantém melhora do quadro. Nega ~~febre~~ febre e/ou diarreia. Relata boa aceitação alimentar. Refere que dorme bem a noite, sem necessidade de O2 sob CN.

*Dor nas lentes, sem outras queixas*

Exame Físico: BEG  REG ( ) MEG ( ) / Anictérico ( ) ou Ictérico ( ) /+4Hidratado  ou Desidratado ( ) /+4 / Consciente ( ) ou Desorientado ( )Corado  ou Hipocorado ( ) /+4 / Acianótico ( ) ou Cianótico ( ) /+4

## Ap. Cardiovascular

 RCR2T, BCNF, sem Sopros

( ) Outros: \_\_\_\_\_

( ) DVA? Quais: \_\_\_\_\_

## Ap. Respiratório

 MV + bilateral, sem Ruídos Adventícios

( ) Outros: \_\_\_\_\_

## ABD.:

 Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA +

( ) Outros: \_\_\_\_\_

*com escoriações*

## Ext.:

 Bom perfusão periférica (< 3s); Ausência de edemas; Panturrilhas livre( ) Outros: *Col colhido* ( )

( ) F.O. \_\_\_\_\_

*ferimento em*

CD: Suporte clínico mantido

*→ Requerido ortopedia.**→ Dor do CG.*

Assinatura e Carimbo

17 JUL. 2019



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA

SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

NOME: JOÃO ROBERTO JUREMA

DATA DA INTERNAÇÃO: 23/12/18

DATA DA CIRURGIA: 23/12/18

DATA DA ALTA: 28/12/18

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: DR. HÉLDER GROSSI

DIAGNÓSTICO:

HEMOPNEUMOTÓRAX À DIREITA DEVIDO A TRAUMA CONTUSO E FRATURA DE COSTELAS

TRATAMENTO

TORACOTOMIA EM SELO D'AGUA

EVOLUÇÃO

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

ORIENTAÇÃO

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências (por exemplo: febre, dor forte, vômitos, diarreia).
2. Dieta liberada (alimentação normal).
3. Não fazer esforços físicos até 20 dias após a cirurgia.
4. Lavar a Ferida operatória (cortes) com água e sabão/sabonete e manter limpa e seca.
5. Retirar os pontos após 10 dias da cirurgia no posto de saúde.
6. Retornar ao ambulatório de Cirurgia Geral com Dr. HÉLDER no dia 02/01/2019 (quarta-feira) às 13:00h no Hospital Coronel Mota (COMPARACER NA RECEPÇÃO DO HOSPITAL 03 DIAS ANTES PARA MARCAÇÃO DE CONSULTA).

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

Dra. Adelie da Costa  
Médica Residente  
CRR 1988

17 JUL. 2019



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS FEDERAÇÕES

DETTRAN-RR		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		PERÍODO	
PLACA	COB. INICIAL	PLACA	COB. INICIAL	ANO FAB.	ANO MOD.
005.537.042-26	00594359171	NAN3619	005.537.042-26	2013	2014
PLACA ANT/NOV	PLACA ANT/NOV	CHASSI	CHASSI	ANO FAB.	ANO MOD.
NAN3619 RR	00594359171 RR	00594359171	005.537.042-26	2013	2014
PAB/MOTOCICLETA/NPR. APLIC.	ALCO/GASOL	COMBUSTÍVEL	RENAFAM	00594359171	HONDA/CG150 FAN ESDI
CATEGORIA	PARTICU	CATEGORIA	ANO FAB.	01	MARCA/ MODELO
2P/0149CC/	VERMELHA	2P/0149CC/	ANO FAB.	2013	Nº CHASSI
COTA UNICA	VENC/COTAS	COTA UNICA	COTA UNICA	2013	9C2KC1680ERA13403
I * PAGOU *	* PAGO *	I * PAGOU *	1* * * * *	FNS (R\$)	DESENTRAL (R\$)
P * PAGOU *	PAGOU COTA UNICA *	V * PAGOU COTA UNICA *	2* * * * *	R\$ 01.29	R\$ 9.03
A * PAGOU COTA UNICA *	PAGOU COTA UNICA *	A * PAGOU COTA UNICA *	3* * * * *	R\$ 4.15	R\$ 40.7
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	QSTO DO BILHETE (R\$)	QSTO DO BILHETE (R\$)
R\$ 0.7	R\$ 185,5	R\$ 0.7	R\$ 185,5	R\$ 0.7	R\$ 185,5
DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
20/12/2018		20/12/2018		20/12/2018	
OBSERVAÇÕES					
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PADIB SAIR DA A					
MAZ. OCID * <i>João Batista</i>					
Locação de veículos para fins de competição					
BOA VISTA-RR 2019 DATA 06/02/2019					

ESTE BILHETE DE SEGURO DOVAT  
AUTOMÓVEIS DEVE SER ENTREGUE AO CONCESSIONÁRIO  
TRANSPORTADAS, QUANDO SE GERA O DPVAT

RR N° 013774781663 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2018 06/02/2018

PLACA NAN3619

CPF / CNPJ

005.537.042-06

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2018 06/02/2018

PLACA NAN3619

CPF / CNPJ

005.537.042-06

MARCA/ MODELO

HONDA/CG150 FAN ESDI

Nº CHASSI

9C2KC1680ERA13403

PRÉMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$ 50.33

DESENTRAL (R\$)

R\$ 9.03

ICP (R\$)

R\$ 40.7

PAGAMENTO

PARCELA

DATA DE QUITAÇÃO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

013774781663  
CNPJ 09.248.600/0001-04  
111680007830-230

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190433145

**Nome do(a) Examinado(a):** JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Rogério Mota, 63 - Boa Vista/RR - CEP 69308-340

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 69633 - SSP-RR

**Data e Local do Acidente :** 22/12/2018 - RR 205 EM FRENTE AO ECO PARK

**Data e Local do Exame :** 25/07/2019 AVENIDA DOUTOR SYLVIO LOFÉGO BOTELHO, 565 - BOA VISTA/RR - CEP 69301-085

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

VITIMA DE COLISÃO MOTO COM ANIMAL SOFREU POLITRAUMATISMO COM FRATURA DE COSTELAS, CLAVÍCULA D + LESÃO NO PULMÃO D+ ESCORIAÇÕES DIVERSAS+ FRATURA DO TORNOZELO/CALCANHAR

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

VITIMA FEZ DRENAGEM TORÁCICA, E TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA PARA A FRATURA DA CLAVÍCULA D + TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO TORNOZELO/CALCANHAR DEVIDO PERDA EXTENSA DE TECIDO, ULTIMA CONSULTA EM ABRIL DE 2019

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

OMBRO D: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM REGIÃO CLAVICULAR D COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ADUÇÃO/ABDUÇÃO

TORAX/ABDOME: CICATRIZES

MID: SINAIS DE ARTROSE EM TNZ + PERDA DE TECIDO EM CALCANHAR COM COMPROMETIMENTO DA PISADA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

OMBRO D: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM REGIÃO CLAVICULAR D COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ADUÇÃO/ABDUÇÃO  
TORAX/ABDOME: SEM SEQUELAS  
MID: SINAIS DE ARTROSE EM TNZ + PERDA DE TECIDO EM CALCANHAR COM COMPROMETIMENTO DA PISADA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO.

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

MID

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

OMBRO D

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

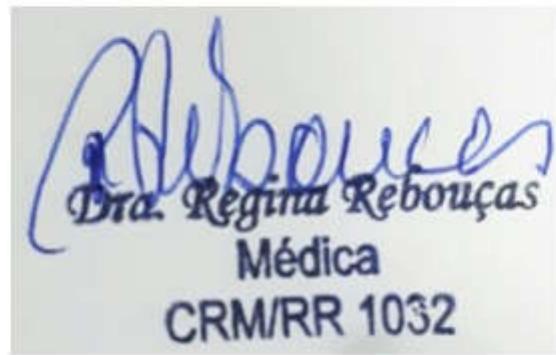
Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**

OMBRO D: VALORAÇÃO 50%

MID: VALORAÇÃO 50%



---

REGINA CLAUDIA REBOUÇAS MENDES ALHO CRM : 1032 / UF :RR

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190433145      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO ROBERTO JUREMA SILVA      **Data do acidente:** 22/12/2018      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE COSTELAS, CLAVÍCULA D + LESÃO NO PULMÃO D+ ESCORIAÇÕES DIVERSAS+ FRATURA DO TORNOZELO/CALCANHAR.

**Descrição do exame físico:** OMBRO D: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM REGIÃO CLAVICULAR D COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ADUÇÃO/ABDUÇÃO TÓRAX/ABDOME: CICATRIZES MID: SINAIS DE ARTROSE EM TNZ + PERDA DE TECIDO EM CALCANHAR COM COMPROMETIMENTO DA PISADA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO.

**Resultados terapêuticos:** VITIMA FEZ DRENAGEM TORÁCICA, E TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA PARA A FRATURA DA CLAVÍCULA D + TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO TORNOZELO/CALCANHAR, DEVIDO PERDA EXTENSA DE TECIDO, ULTIMA CONSULTA EM ABRIL DE 2019. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO LEGAL ANEXADA AO PROCESSO E A PERÍCIA REALIZADA, OPTAMOS POR NÃO MANTER A VALORAÇÃO EM OMBRO DIREITO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE NÃO HÁ ANEXADO NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA, RELATO DE DANO NO OMBRO DIREITO.  
NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCritAS NO EXAME FÍSICO.

## 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190433145      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO ROBERTO JUREMA SILVA      **Data do acidente:** 22/12/2018      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE COSTELAS, CLAVÍCULA D + LESÃO NO PULMÃO D+ ESCORIAÇÕES DIVERSAS+ FRATURA DO TORNOZELO/CALCANHAR.

**Descrição do exame físico:** OMBRO D: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM REGIÃO CLAVICULAR D COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ADUÇÃO/ABDUÇÃO TÓRAX/ABDOME: CICATRIZES MID: SINAIS DE ARTROSE EM TNZ + PERDA DE TECIDO EM CALCANHAR COM COMPROMETIMENTO DA PISADA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO.

**Resultados terapêuticos:** VITIMA FEZ DRENAGEM TORÁCICA, E TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA PARA A FRATURA DA CLAVÍCULA D + TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO TORNOZELO/CALCANHAR, DEVIDO PERDA EXTENSA DE TECIDO, ULTIMA CONSULTA EM ABRIL DE 2019. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO LEGAL ANEXADA AO PROCESSO E A PERÍCIA REALIZADA, OPTAMOS POR NÃO MANTER A VALORAÇÃO EM OMBRO DIREITO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE NÃO HÁ ANEXADO NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA, RELATO DE DANO NO OMBRO DIREITO.  
NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCritAS NO EXAME FÍSICO.

**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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190433145      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO ROBERTO JUREMA SILVA      **Data do acidente:** 22/12/2018      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 18/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO COM PNEUMOTÓRAX Á DIREITA E FRATURA DE ARCOS COSTAIS.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190433145      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO ROBERTO JUREMA SILVA      **Data do acidente:** 22/12/2018      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 18/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA TORÁCICO.

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

NOME:	João Roberto Jurema Silva
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	69633 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua, Rogério Mota, 63, 13 de Setembro

### OUTORGADO

NOME:	Ilair Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio Pinheiro Galvão, 1832, Buriti

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 21/12/18, cobertura Invalides, vitima: João Roberto Jurema Silva.

Boa Vista RR 08/02/2019

LOCAL E DATA



Jurado

ASSINATURA DO OUTORGANTE

**DANIEL  
AQUINO**  
83668-5c519-29838523  
Reconhecido por: VERDADEIRA a(s) firma(s)  
"JOÃO ROBERTO JUREMA SILVA"

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabellário e Registrador  
Av. Antônio Teles, 470 Centro - CEP 69010-000 - Boa Vista/RR  
Edicoesboavista@cartorioinqueim.com.br  
69 3621 4186  
83668

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

*Liliane Silva Lopes*  
Liliane Silva Lopes  
Escrevente Autorizada

Em testemunha da verdade, EOLC.  
O que dou fé. Boa Vista/RR, 08 de fevereiro de 2019.  
Consulta em: [www.portaldeleitor.com.br](http://www.portaldeleitor.com.br)  
REC/FIR156296GFMBMGAQX9UQ6P21/

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos/ISS: R\$ 0,55 Total: R\$ 2,95

17 JUL. 2019

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242004/19

**Vítima:** JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

**CPF:** 077.239.972-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/12/2018

**Titular do CPF:** JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

### JOAO ROBERTO JUREMA SILVA : 077.239.972-72

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**  
**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/07/2019  
Nome: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA  
CPF: 077.239.972-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

MANOEL COELHO NETO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190433145**

**Vítima: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA**

**Data do Acidente: 22/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190433145**

**Vítima: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA**

**Data do Acidente: 22/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

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

**Senhor(a), JOAO ROBERTO JUREMA SILVA**

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 07 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190433145**

**Vítima: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA**

**Data do Acidente: 22/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOAO ROBERTO JUREMA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 1**

**Agência: 000004263-3**

**Conta: 0000026802-X**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	077.239.972-72	João Roberto Guerma Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	077.239.972-72
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Autônomo	Rua: Rogério Mota	03	Casa
Bairro:	Cidade:	CEP:	69.308-340
13 de Setembro	Boa Vista	Tel.(DDD):	(65) 98403-5060
E-mail:			
12012222222@HOTMAIL.COM			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:  CONTA:   (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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão  
digital da  
víma ou  
benficiário  
não alfabetizado

Local e Data: Boa Vista - RR, 17/05/19  
Nome: João Roberto Guerma Silva  
CPF: 077.239.972-72

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 108/2019/DAT - Boa Vista-RR, em 07/05//2019

COMUNICANTE: JOÃO ROBERTO JUREMA SILVA

RG: 69633

O. EXP.: SSP/AM

CPF: 07723997272

ENDERECO: RUA – ROGÉRIO MOTA, 63

BAIRRO: 13 DE SETEMBRO

CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO

NATURALIDADE: MANAUS

ESTADO: AM

DATA DE NASCIMENTO: 17/05/1957 IDADE: 61 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: 2º GRAU COMPLETO

ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTAVEL TELEFONE: 99115-1590 N° REG. CNH: 02379057100

NOME DO PAI: ALBERTO CARLOS DA SILVA

NOME DA MÃE: RAIMUNDA JUREMA SILVA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 18h40min do dia 22/12/2018, NA RR 205 NAS PROXIMIDADES DO ECO PARQUE.

O comunicante acima qualificado compareceu nesta Delegacia para relatar que transitava no endereço acima supracitado conduzindo HONDA/CG 150 FSN ESDI, Placa NAN-3619, de cor VERMELHA, Ano 2013/2014, Chassi 9C2KC1680ER413403, Renavam 00594359171 de propriedade da Senhor JOÃO ROBERTO JUREMA SILVA JUNIOR; Que o comunicante seguia sentido sua casa, quando foi surpreendido por um animal (TAMANDUÁ); Que o comunicante não conseguiu evitar a colisão; Que a equipe do SAMU esteve no local executando os primeiros socorros e em seguida levando para o HGR; Que em decorrência do Acidente o comunicante teve (FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA DE DUAS COSTELAS DO LADO DIREITO, FRATURA DE TORNOZELO E CALCANHAR); Que o motivo do BO é para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.

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

JOÃO ROBERTO JUREMA SILVA

17 JUL. 2019

Comunicante

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

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



*Givanildo da Silva Vieira*  
AGENTE CARACERÁRIO DE POLICIA  
CIVIL  
Givanildo da Silva Vieira  
Mat. 042000855

DAT

9 MAIO 2019

AGENTE DE POLICIA  
CONFERIDOR

17 JUL. 2019

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	077.239.972-72	João Roberto Guerino Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:			CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Autônomo	Rua: Rogério Mota	03	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
13 de Setembro	Bca. Vista	RR	69.308-340
E-mail:	Tel.(DDD): (65) 98403-5060		
1207RER@HOTMAIL.COM			

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

DADOS CADASTRAIS

 RENDA MENSAL:
 

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

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

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Assinatura  
data da  
vítima ou  
beneficiário  
e/ou declarante

Local e Data: Bca. Vista - RR, 17/05/19

Nome: João Roberto Guerino Silva

CPF: 077.239.972-72

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

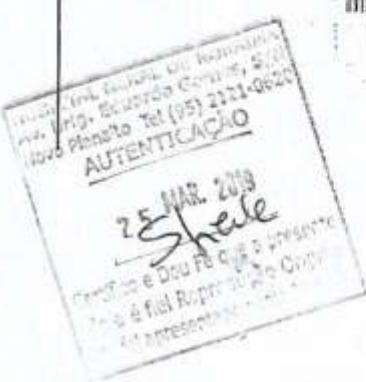
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Paciente <b>JOAO ROBERTO JUREMA SILVA</b>		Data Nascimento 17/05/1957	Idade 61 A 7 M 5 D	CNS 704600638383821	CPF 07723997272	Prontuário 227		
TIPO DOC IDENTIDADE	Documento 60633	Órgão Emissor SSP/RR	Data Emissão 27/03/1985	Sexo M	Estado Civil PARDA	Naturalidade MANAUS - AM		
Mãe	Pai ALBERTO CARLOS DA SILVA					Nacionalidade BRASILEIRA		
Endereço	RUA - PROFESSOR AGNELO BITENCOURT - 63 - SAO FRANCISCO - BOA VISTA - RR					Ocupação (95) 3015-1590		
Class. de Risco	Piano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
Sector <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>SAMU CAPITAL</b>	Procedimento Sol.		Registrado por: <b>KAREN.GARCIA</b>				
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem		<b>GSC</b> AO: 1234 RV: 12345 MVR: 123456					<b>TOTAL</b> 15	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 20:18 h)								
Paciente trazido pelo SAMU em prancha menor + colise cervical. Paciente relata atropelamento de caminhão. Acha dor intensa em Abdômen, lombos. Apresenta escomiações em flanco. também relato dor em região cervical								
Exame Físico	BEG, lotei maa, evapores.							
Hipótese Diagnóstica		Estenose de fúrcos - Dor de D						
SADT - Exames Complementares		<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO							APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1- Diprofene 5g  2- Fisiatil 40mg  Artemis da Silve Souza Médico CRM-RR 2045								
Conduta		<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para:         Data e Hora da Saída/Alta: / / /						
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família					<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica         / / /	
Assinatura do Paciente ou Responsável							Carimbo e Assinatura do Médico	
Impresso por: karen.garcia Data Hora: 22/12/2018 20:14:39							 	

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

369544  
6 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 04 600 638 383 825

8 - DATA DE NASCIMENTO

17 05 1957

9 - SEXO

Masc  Fem 

10 - RAGAÇO

Parda

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Raimunda Jurema Silva

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BARRA)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

R. Prof. Agnelo Brilhancourt, 63, São Francisco  
BOA VISTA

12 - FONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

14 - FONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

19 - CEP

RR

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de acidente motociclistico (moto x animal). TC sem laudo ate o momento evidenciou pneumotorax à D e fratura de arcos costais.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acimas.



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

Anamnese + Exame Físico + USG

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

INTX a D

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Cirurgia Geral

Terapêutico

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Gerson Henrique de Almeida

31 - DOCUMENTO:  CNS  CPF

32 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

CFN/000000000000000000

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

23 12 18

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

35 - N.º DO BILHETE

41 - SIT

36 -  ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - N.º DA SEGURADORA

42 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBO

37 -  ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

43 - CNPJ DA EMPRESA

38 -  ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VINCULADO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO  2 - EMPREGADOR 3 - LAUTÔNOMO  4 - DESEMPREGADO 5 - APOSENTADO 

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO - HOSPITAL

0412090166

5270

48 - DOCUMENTO:  CNS  CPF

49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

V299

17 JUL. 2019



Descrição de Procedimento

Nome: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

Profissionais: Dr Levindo/ Dr. Lucas R2/ Dr. Givaggo R1

Data: 23/12/2018 – 1:00h

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

*Levindo Oliveira*  
Cirurgia Geral  
Coloproctologia  
CRM-RR 143

*Dr. Givago Henrique*  
Cirurgia Geral  
CRM-RR 1803

17 JUL. 2019

NOME: João Roberto Jurema Silva

IDADE: 61

LE ITO: 220-3

DATA DA CIRURGIA: -

MÉDICO PRECEPTOR: Dr Hélder

MÉDICO RESIDENTE:

Diagnósticos: Trauma Abdominal Contuso + Pneumotórax à Direita e fratura de arcos costais

## Dispositivos:

NPT:   
Sonda Vesical:   
Dreno de Tórax:   
Outros: \_\_\_\_\_

## Antimicrobianos:

Atual: \_\_\_\_\_

Pregresso: \_\_\_\_\_

Paciente mantém melhora do quadro. Nega ~~febre~~ febre e/ou diarreia. Relata boa aceitação alimentar. Refere que dorme bem a noite, sem necessidade de O2 sob CN.

*Dor nas lentes, sem outras queixas*

Exame Físico: BEG  REG ( ) MEG ( ) / Anictérico ( ) ou Ictérico ( ) /+4Hidratado  ou Desidratado ( ) /+4 / Consciente ( ) ou Desorientado ( )Corado  ou Hipocorado ( ) /+4 / Acianótico ( ) ou Cianótico ( ) /+4

## Ap. Cardiovascular

 RCR2T, BCNF, sem Sopros

( ) Outros: \_\_\_\_\_

( ) DVA? Quais: \_\_\_\_\_

## Ap. Respiratório

 MV + bilateral, sem Ruídos Adventícios

( ) Outros: \_\_\_\_\_

## ABD.:

 Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA +

( ) Outros: \_\_\_\_\_

*com escoriações*

## Ext.:

 Bom perfusão periférica (< 3s); Ausência de edemas; Panturrilhas livre( ) Outros: *Col colhido* ( )

( ) F.O. \_\_\_\_\_

*ferimento em*

CD: Suporte clínico mantido

*→ Requerido ortopedia.**→ Dor do CG.*

Assinatura e Carimbo

17 JUL. 2019



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA

SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

NOME: JOÃO ROBERTO JUREMA

DATA DA INTERNAÇÃO: 23/12/18

DATA DA CIRURGIA: 23/12/18

DATA DA ALTA: 28/12/18

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: DR. HÉLDER GROSSI

DIAGNÓSTICO:

HEMOPNEUMOTÓRAX À DIREITA DEVIDO A TRAUMA CONTUSO E FRATURA DE COSTELAS

TRATAMENTO

TORACOTOMIA EM SELO D'AGUA

EVOLUÇÃO

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

ORIENTAÇÃO

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências (por exemplo: febre, dor forte, vômitos, diarreia).
2. Dieta liberada (alimentação normal).
3. Não fazer esforços físicos até 20 dias após a cirurgia.
4. Lavar a Ferida operatória (cortes) com água e sabão/sabonete e manter limpa e seca.
5. Retirar os pontos após 10 dias da cirurgia no posto de saúde.
6. Retornar ao ambulatório de Cirurgia Geral com Dr. HÉLDER no dia 02/01/2019 (quarta-feira) às 13:00h no Hospital Coronel Mota (COMPARACER NA RECEPÇÃO DO HOSPITAL 03 DIAS ANTES PARA MARCAÇÃO DE CONSULTA).

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

Dra. Adelice da Costa  
Médica Residente  
CRR 1988

17 JUL. 2019

# 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: 31/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 00000026802-X

---

Nr. da Autenticação B397BB10D2615243

