

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: 25/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000033462-9

Nr. da Autenticação 3FCFC48BB8F06ADA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190633293 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA **Data do acidente:** 20/06/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE.
P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 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 DE 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



Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0055417-0

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Enéas, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.002.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 002929924

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\$)
MAIO/2019	21/06/2019	629	536,31

TERESINHA DE OLIVEIRA BATISTA

TV 19 189 JARDIM CARANA

CPF: 00031708684204

CEP: 69.313-705 - BOA VISTA

ROT: 7.001.11.01.366900

DADOS DA LEITURA		KWh	KVArh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		1.017		Atual:	23/05/2019
Anterior:		1.388		Anterior:	22/04/2019
Constante de Multiplicação:		1,000		Próxima Leitura:	21/06/2019
Consumo Médio:		629		Emissão:	22/05/2019
Consumo Faturado:		629	FEMP	Apresentação:	04/06/2019
NORMA:					31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	61	10618000001	0	1.1.1.2	445

HISTÓRICO KWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	629 A R\$ 0,764602 = 480,93
ABR/19	0	2A. VIA PEDIDO CONSUM 03/19-00	0,94
MAR/19	0	CORREÇÃO MONETARIA DA IL (2X)	0,07
FEV/19	297	CORREÇÃO MONETARIA IGPM (2X)	2,77
JAN/19	388	MULTA POR ATRASO DE IL (2X)	1,53
DEZ/18	383	JUROS DE MORA POR ATRASO (2X)	0,12
NOV/18	555	MULTA POR ATRASO (2X)	19,29
OUT/18	585	JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X)	2,56
SET/18	429	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	26,10
AGO/18	493		
JUL/18	410		
TABELA DE TRIBUTOS:		pago 24/06/19	
0,4 629 = 0,251620			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Devido ao atraso na entrega da fatura, a data de vencimento foi alterada para 21/06/2019. LIGUE 0800701910 e FAÇA O PEDIDO DE VENCIMENTO 1 6 11 10 21 70. Parabéns! Até o dia 22/06/2019, não constatarão faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

11D7.0B18.046C.A86E.AE79.B1DF.6059.FA6E
RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	262,02	Base de Cálculo:	17,00%
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	81,75
Transmissão:	13,61	Valor do ICMS:	0,00
Encargos:	81,75	Valor do PIS:	0,00
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
1,81			4,00			0,83	
FLORESTA						03/2019	185,68

ROT: 7.001.11.01.366900



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Enéas, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.002.022-3

SEU CÓDIGO
0055417-0

MÊS FATURADO
05/2019

Nº da Nota Fiscal: 002929924

TOTAL A PAGAR - R\$
536,31

VENCIMENTO
21/06/2019

002929924 - FEMP



08 NOV. 2019



Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0108915-3

Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003319917

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	11/08/2019	196	192,41

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS

CPF: 00038305151204

CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA	
Atual	27732		Atual	25/07/2019
Anterior	27536		Anterior	24/06/2019
Constante de Multiplicação	1,000		Próxima Leitura	25/08/2019
Consumo Medido	196		Emissão	24/07/2019
Consumo Faturado	196	FCAM	Apresentação	25/07/2019

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2206908	N 1519448	1.1.1.2	238

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 158	CONSUMO 196 A R\$ 0,764602 = 149,86
MAI/19 100	ILUMINACAO PUBLICA 42,55
ABR/19 178	
MAR/19 263	
FEV/19 237	
JAN/19 231	
DEZ/18 209	
NOV/18 370	
OUT/18 345	
SET/18 246	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 196 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes./Ano Valor R\$ 06/2019 164,28

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 09/08/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informações ainda existentes contatos de cobrança e de reavaliação no valor de R\$ 212,94 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO B9C4.FD0B.D66A.9E73.38C8.904F.3C4F.C72D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	38,51	Base de Cálculo:	149,86
Energia:	81,64	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	25,47
Encargos:	4,24	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	25,47	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
8,80			16,00			1,55

FLORESTA

ROT: 5.001.12.04.021718

05/2019

32,81



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

SEU CÓDIGO

0108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$

192,41

MÊS FATURADO

07/2019

VENCIMENTO

11/08/2019

Nº da Nota Fiscal: 003319917 FCAM

83680000001 7 92410075000 0 00000000108 1 91530719000 1



08 NOV. 2019

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512, 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Millen de Oliveira Batista inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.613.532, 91

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Millen de Oliveira Batista

inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.613.532, 91, 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: <u>Rua Antônio Pinheiro Galvão 1832</u>		Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Bunitis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail: <u>Ilairm@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 98403-5060</u>

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

08 NOV. 2019

Visto JUI



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

1ª Classificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

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

1901125265

20/06/2019 05:43:46

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19-

Paciente: MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA Data Nascimento: 30/11/1973 Idade: 48 A 6 M 20 D CNS: 898002734367523 CPF: 38361353291 Prontu.: 00060

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade

IDENTIDADE: 103613 SSP 04/09/2009 F PARDAS BRASILEIRA

Mãe: TEREZINHA DE OLIVEIRA BATISTA Pai: JOAO RAIMUNDO PINHEIRO BATISTA Contato: (95) 99136-6398

Endereço: RUA - ANTONIO PINHEIRO GALVAO - 1273 - BURITIS - BOA VISTA - RR Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenat:

Motivo do Atendimento: COLISAO ENTRE VEICUL Caracter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Press:

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: OZIREZ.PRADO

Queixa Principal: () Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 03:30 h)

Paciente Relata que cruzou o sinal de moto com seu esposo e foram atingidos lateralmente por um carro. Refere dor na perna () (possível fratura) com pulso. Alega que não perdeu a consciência.

Rx de perna () evidenciando Fr de tibia / fibula.

Exame Físico: BEG, G, pulso, normocorada, Lote. AP. MV (), SIRA. ACV: R, 2T, BNF, SIS. Pulsos firmes e simétricos.

NEG. CEFÁLEA E CERISEJA. Absência de sinais de Hemorragia ou Fraturas de Costelas.

Deformidade anômala em perna ()

Hipótese Diagnóstica: Politrauma + Fr de tibia / fibula ()

SADT - Exames Complementares: (X) RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

PRESCRIÇÃO: 1) Fentanyl 1mg () 2000 S.F. 0,97. 9mg ()

APRAZAMENTO: 03/50 OBSERVAÇÃO:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Plano Tel (95) 2121-0620

Atendimento: 3 de AGO 2019

Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentada neste Hospital

Conduta: () Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Revelia (X) Transferência para: 2 topes

óbito: Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ozires.prado Data Hora: 20/06/2019 03:44:34

10.102.5.252:8888/IS4/IS4/A0F0A512-53C5-4EE7-A1D6-A424ECB1C5AB.html

9/2

Autopsia - Dr. Mux

FX Exportador - Jure de P...

CD - Clindamicina 600 mg

(EU)

04/50

04/50

Ao CC.

DT 0.5 ml

(I u)

04/50

04/50

08 NOV. 2019

BLOCO A

alta 25/06/19



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

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE CADASTRANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Muller de Oliveira Batista

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

60488

5 - SEXO

F

6 - DATA DE NASCIMENTO

30/11/73

7 - TELEFONE DE CONTATO

9591368898

8 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898100271314367523

9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Terezinha de Oliveira Batista

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua - Antônio Pinheiro Calvão 1273 Buites

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

12 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

140010

13 - UF

PA

14 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura Exposta da Ombreira da Perna (D)

08 NOV. 2019

16 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO

Tratamento Cirúrgico

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

RX + Exame Físico

18 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura Exposta da Ombreira da Perna Direita

19 - CID 10 PRINCIPAL

20 - CID 10 SECUNDÁRIO

21 - CID 10 TERCIÁRIO

22 - CID 10 QUARTÁRIO

23 - CID 10 QUINTÁRIO

24 - CID 10 SEXTÁRIO

25 - CID 10 SÉTIMO

26 - CID 10 OITAVO

27 - CID 10 NONO

28 - CID 10 DÉCIMO

29 - CID 10 UNDÉCIMO

30 - CID 10 DOZE

31 - CID 10 TREZE

32 - CID 10 QUATORZE

33 - CID 10 QUINZE

34 - CID 10 DEZESSEIS

35 - CID 10 DEZESSETE

36 - CID 10 DEZOITO

37 - CID 10 DEZENOVE

38 - CID 10 Vinte

39 - CID 10 Vinte e um

40 - CID 10 Vinte e dois

41 - CID 10 Vinte e três

42 - CID 10 Vinte e quatro

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Cirúrgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Clínica T. Unigra

27 - CARA DE IDENTIFICAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/06/19

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

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Muel

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - Nº DO BILHETE

39 - CNAB DA EMPRESA

40 - CNAB

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - CDD. ORGÃO EMISSOR

44 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/06/19

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

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0408050500

9822

V295

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 30 / 06 / 14 O.S. _____

William de Oliveira Botelho

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Exposta da Clavícula Direita

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Tratamento Cirúrgico

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

INDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Alex Souto

1º aUXILIAR: Dr. Fernando R2

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

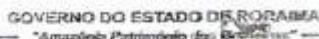
DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Pouca am DDH na musculatura;
2. AA + CCE;
3. LMC musculina + Colocação de fixador externo 350 mm;
4. Sutura + Curativos;
5. A RPA.

CF

08 NOV. 2019



millen de Oliveira Batista #450

20/06/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORAS - EFEITO

44

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. <u>Supervisão na Lpurb</u>	<u>1 Smoly</u>	<u>Raspagem na Lpurb</u>	<u>X. Monitorização (ECG, Sato, Pna)</u>
B.		<u>rica, amplexo bom bar</u>	<u>1. Check list OK.</u>
C.		<u>de ventilação espontânea.</u>	<u>2. Antiremia + campo estent</u>
D.			<u>3. Punção E.S.A. porta L3-L4,</u>
E.			<u>muchioma, única, e agulha de</u>
F.			<u>(saunke) e injeção de epinefrina</u>
G.			<u>4. Tenoxilom 40mg EV</u>
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Nato / Oro Faríngea	<u>5. Dexametasona 4mg EV</u>
NDCO		Naso / Orotracheal - Cego	
SANGUE		Regl - Temp / Calibre do Tubo	
		Sob Mascara	
RIL	1500ml	Eficácia Técnica	<u>SRPA</u>
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO		05:15 em 07:05	
<u>Fr Exposta tórax D</u>			<u>Laríngeo - Espasmo - Excesso Secre</u>
			<u>Depressão Respiratória - Hipoxia</u>
			<u>"Ducking" - Vômito</u>
			<u>Hemorragia - Arritmia</u>
			<u>Bradycardia - Choque</u>
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA
<u>Dr Bruno / R3 Macillo</u>		<u>Dr Mir / R2 Finiano</u>	

Bruno Thiago O. C. Pinto
MÉDICO
CRM-RR-1025

08 NOV. 2019

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

ACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
de Oliveira Batista				20 / 16 / 19
CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO		
TIPO	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
ocisão de fixador externo mto	09h50	07:05		
EQUIPE MÉDICA		Dr. Bruno		
ANESTESISTA:		marcell R3		
RES. ANESTESIA:				
INSTRUMENTADOR				
CIRCULANTE		Talita + cristiane + Elizângela G.		
TEMPO DE DURAÇÃO:				
DE ANESTESIA:		VALOR		
MATERIAIS		QUANT. MEDICAMENTOS		
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.	15 litros	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
	PACOTES GAZE		FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0		FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0		FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5		FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 15 / 24		FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO 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/ OSO	
	SERINGA 05 ML		KIT CATARATA Nº e brexidina de glicina	
	SERINGA 10ML		GLOFOAM - Povidine Tópico	
	SERINGA 20ML		BETA CARDIACA e brexidina a 10%	
	agulha p/ raqui Nº		OUTROS: alcool 70%	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		MATERIAL MED		
ENFERMEIRA CHEFE		Lote: 008345 Código: AF35 8 680		
CIRCULANTE DE SALA		PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R		
		K C X 4,5 X 200 X T		
		Fab.: 12/12/2018 Val.: 12/2023		
		Registro Anvisa Nº 80083650026		
		Material ACO INOX F138		
		Lote: 010845 Código: F08 2 209		
		SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA		
		ARTORI - LINEFIX FEMUR T		
		ISO - ESTERIL		
		Fab.: 04/01/2019 Val.: 01/2024		
		Registro Anvisa Nº 80083650031		
		Material ACO INOX/ALUMÍNIO		
		Lote: 010845 Código: F08 2 209		
		SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA		
		ARTORI - LINEFIX FEMUR T		
		ISO - ESTERIL		
		Fab.: 04/01/2019 Val.: 01/2024		
		Registro Anvisa Nº 80083650031		
		Material ACO INOX/ALUMÍNIO		
		Lote: 010845 Código: F08 2 209		
		SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA		
		ARTORI - LINEFIX FEMUR T		
		ISO - ESTERIL		
		Fab.: 04/01/2019 Val.: 01/2024		
		Registro Anvisa Nº 80083650031		
		Material ACO INOX/ALUMÍNIO		

08 NOV. 2019

Medstéril

Integrador CLASSE 5 VAPOR (STE)
 Prq. cr. 122
 Prto processado
 Black processed
 121 °C - 15 min / 125 °C - 30 min
 134 °C - 3.5 min



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA NEURO CIRURGIA

Tipo Cirurgia:

Limpeza seletiva cirurgica mecânica + colocação
de fixador externo em M10

Data: 20/06/19

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Wlens de Oliveira Boteta

Idade: 45

Bloco: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Caixa: fixador externo

Nº 1 unid

Circulante: Thalite + Eutitione

Sala: 04

Conferencia Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Lote: 010845 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
IARTORI - LINEFIX FEMUR T
ISO - ESTERIL
Fab.: 04/01/2019 Val.: 01/2024
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: 008345 Código: AF35 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
K C X 4,5 X 200 X T

Fab.: 12/12/2018 Val.: 12/2023
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


Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

08 NOV. 2019



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA NEURO CIRURGIA

Tipo Cirurgia:

limpeza Cirurgica mecanica + colocação de fixador
externo em M1 @

Data: 20/10/2019

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: milten de Oliveira Botata

Idade 45

Bloco: _____ Enfermaria _____ Leito: _____

Caixa: fixador externo

Nº 1 unid

Circulante: Tholito + Cristiane

Sala 04

Conferencia Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Lote: 010845 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
50 - ESTERIL
Fab.:04/01/2019 Val.:01/2024
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: 008345 Código: AF35 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
K C X 4,5 X 200 X T

Fab.:12/12/2018 Val.:12/2023
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


Médico-Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

08 NOV. 2019

118-6

União de Juiz de Fora

HOSPITAL GERAL DE JUIZ DE FORA		SECRETARIA DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
DATA DE ADMISSÃO		DIAGNÓSTICO		DATA	
PACIENTE		AGNÓSTICO		ALERGIAS	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SND	
2	SF 0,3% 500	27/12/14		06	
3	DIPIRONA 500MG EV 8/8H			12-18-24-06	
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1/1			06	
5	TRAMAL 100MG + 800 990 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN	
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,8% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			SN	
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H			14-22-06	
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SN	
9	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/6H			12-18-24-06	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			14-22-06	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN	
13	SSV + CCGG 6/6 H			Rotina	
14	CURATIVO DIÁRIO			Rotina	
15	1 uma Xicam 100mg (EU) 12/12H			12-24	
16	Clindamicina 600mg (EU) 8/8H			14-22-06	
17	Gantacina 200mg (EU) 1x/dia (DO)			14	
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORPEÇÃO 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

08 NOV. 2019

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	110x80	78	36°C
18 H	110x70	73	37°C
24 H	103x62	73	-

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

20.06.2019. Nautão Bruno
 Realizado curativos e
 Adm medicamentos. CMU. Reu-
 ficado sev.

Franciane Damazio
 Corren RR 973 302-12

Planteio no turno da tarde
 Medicação prescrita segue
 aos curativos

Franciane Brito Araújo
 Corren RR 973 302-12

118-6

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		- DIH		DN	
PACIENTE MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA					
AGNÓSTICO FX EXPOSTA DA PERNA D					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	06/17	DATA	21/06/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mambor
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				12/18/24/06
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H OU VO				12/18/24/06
5					
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 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				14/22/06
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12/18/24/06
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				16/22/06
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Retina
18	CURATIVO DIÁRIO				Cardio
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 MÉDICA:
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:

08 NOV. 2019

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	107x64	68		
18 H	91x60	72	-	
24 H	93x56	73		35,8

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

Plantão matutino 21/06/19
A ocorrência LOTE, realizado SSVV
e medicação de horário em quiquis.

06h PA = 113 x 73
FC = 67
T = 35,9

118-6
22 06/17
Lolulax

Dr. Pedro de Souza Fausto
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 2028 / RQE 694

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA					
AGNÓSTICO: FX EXPOSTA DA PERNA D					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	118-6	DATA	22/06/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SR
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mantido
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				2406
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H OU VO				2406 12
5					
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENS.				SR
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITE				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				26
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SR
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				NTF 19 2206 12
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				22 18 2406 12
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				20 2206 12
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SR
17	SSV + CCGG 6/6 H				Reduzido
18	CURATIVO DIÁRIO				M
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 MÉDICA:
 # 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:

08 NOV. 2019

Pedro Capitan Especialista Júnior
 Médico Geral 1900

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	108/65	70	35.1°C
18 H	76/48	67	36.1°C
24 H	90/50	68	36.2°C

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

Dr. Elder Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 2027

30 hrs adm med ciprofloxacino 500mg vo
 12 e 18 hrs adm SF 0.9% 500ml EV
 12 e 18 hrs adm. dipirona 500mg EV + clindamicina 600
 EV. não por adm simeticona 40 gotas, porque a farmácia
 não disponibilidade. ref 13/ que cas, ssvv realizado no
 22/06/2019



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




PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DM

PACIENTE

MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA

DIAGNÓSTICO

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

ALERGIAS

NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

45

LEITO

118-6

DATA

23/06/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

SND.

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

Manten.

3

SF 0,9% 500ML EV S/N

SND.

4

DIPIRONA 1G EV 6/6HS S/N

SND.

5

CLINDAMIDINA 600MG IV 6/6HS

12-18-24-36

6

TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

SND.

7

NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4

8

OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

DE

9

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

SND.

10

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8HS S/N

SND.

11

TILATIL 20MG IV 12/12HS D1

12-34

12

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 MÉDICA:

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:

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

SINAIS VITAIS

89x63x64

36,2°C

6 H

PA

FC

FR

12 H

85x56

81

21

36,3

18 H

95x62

70

24 H

76x52

64

36,2°C

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO

CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

18hs Paciente no leito deitada, acordando sem dificuldades, SSVV Normais sem febre. Acordando com a dor de cabeça necessitando fisioterapia. Paciente S - 23.06.19

118-8

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA						
AGNÓSTICO FX EXPOSTA DA PERNA D						
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	LEITO	1194	DATA	24/06/2019		
ITEM	*PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				MAIOR	
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				12 18. 24 06	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H OU VO				12 18. 24 06	
5						
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENS.					
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITE				72	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				06	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				10 24 06	
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12 18. 24 06	
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				22. 10	
13						
14						
15						
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				con	
17	SSVV + CCGG 6/6 H				hora	
18	CURATIVO DIÁRIO				S.T.P.	
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 MÉDICA: #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:						

08 NOV. 2019

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1823/RR

SINAIS VITAIS				Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia	
6 H	PA	FC	FR		
12 H	100/60	65	-	36°C	
18 H	100/70	60		36°C	
24 H	100/60	62		36°C	

06 100/70 68 36°C

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																					
PRESCRIÇÃO MÉDICA																					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																		
PACIENTE	MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA																				
AGNÓSTI	FX EXPOSTA DA PERNA D																				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA																
IDADE		LEITO	119-1	DATA	25/06/2019																
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																
1	DIETA ORAL LIVRE																				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO																				
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H																				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H OU VO																				
5																					
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENS.																				
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 MÉDICA: # 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:																					
08 NOV. 2019 <i>Dr. Elder Soares</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 10217/RR																					
SINAIS VITAIS <table border="1"> <thead> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>12 H</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18 H</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>24 H</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						6 H	PA	FC	FR	12 H				18 H				24 H			
6 H	PA	FC	FR																		
12 H																					
18 H																					
24 H																					
Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia																					



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Milene de Oliveira 45 ANOS
 DATA DE ENTRADA 20.06.19
 DATA DE SAÍDA 25.06.19
 NO 20.06.19 RECEBEU TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fixação externa da fratura SEMO
 OPERADO PELO DR. M. Almeida E DR. Rogério
 RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 25.06.19 ÀS 10:00 EM
 BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
 CORONEL MOTA NO DIA 27.06.19 ÀS 13:00 COM O
 DR. Rogério

ORIENTAÇÕES GERAIS

08 NOV. 2019

- 1- NÃO FUMAR E NÃO BEBER ALCOOL.
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHA 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. Eldon

BOA VISTA 25.06.19

MÉDICO

do TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pela Lei nº 2.246 de 29.10.1932 e posteriormente reformada pela Lei nº 4.852 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, refletem a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, e seu dever protegê-la e guardá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia de preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

SITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

125.84391.66-1

1045691

003-0

RR

Millen de Oliveira Batista



08 NOV. 2019

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA

FILIAÇÃO: JOÃO RAMUNDO PINHEIRO BATISTA
TEREZINHA DE OLIVEIRA BATISTA
SEXO: FEMININO
NASCIMENTO: 30/11/1973
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
DOCUMENTO: C.N. 9050.11.A.7.FLS.289 - 08/01/2008 - 1º OFÍCIO DE NOTAS
REG. CIVIL: TIT. E DOCCUM - BOA VISTA - RR
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996
CPF: 383.813.932-91
TIT. ELEITOR: 001483452892
ZONA: 004

CHV: 03970057614
SEÇÃO: 0108

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTEIR - 08/01/2008

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA
A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE INTERESSE G - DATA DE NASCIMENTO
B - JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

NOME ILOIR INACIO DE SOUZA		DOC. IDENTIFIC. - RG EMISSORAF 114807 SSP - RJ		DATA NASCIMENTO 07/04/1978	
CPF 383.051.511-04		FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNÇÃO		PERMISSÃO ACQ	
FOTO		ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA		CAT. HAB. AB	
IP REGISTRO 01101912304		VALIDADE 28/01/2020		HABILITAÇÃO 15/12/1999	
OBSERVAÇÕES					
LOCAL BOA VISTA - ROFAIMA BOA VISTA - ROFAIMA DATA DE EMISSÃO 30/01/2015 92485240616 RE207968020 ASSINATURA DO EMISSOR					

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

08 NOV. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190633293 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA **Data do acidente:** 20/06/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE/ FIXAÇÃO EXTERNA.
P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 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 DE 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:	Millen de Oliveira Batista
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	103613
ENDEREÇO:	Rua: Traversa 19, nº 27, Jardim Cerâmica

OUTORGADO

NOME:	Igor Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	134.807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Galvão 1832 Buritis

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: 20/06/2019, cobertura Invalidez, vítima: Millen de Oliveira Batista.

Boa Vista - RR 30.07.2019

LOCAL E DATA

08 NOV. 2019



M. Batista

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Atalide Fere, 4267 - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (95) 3627-4195
2uficiobovista@cartorioaquino.com.br

129.517



Demétrio Acosta
Tente Autorizado

29517.564094e5dca7b
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA
em testemunho da verdade. L.F.
Boa Vista/RR, 30 de julho de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadaoportal.com.br
RECPIR166295QX5ESES0IH4PCL10

Emolumentos: R\$ 2,40 Fundos ISS: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396185/19

Vítima: MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA

CPF: 383.613.532-91

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 20/06/2019

Titular do CPF: MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA : 383.613.532-91

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: 11/11/2019
Nome: MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA
CPF: 383.613.532-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190633293

Vítima: MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA

Data do Acidente: 20/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190633293

Vítima: MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA

Data do Acidente: 20/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA

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: MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000033462-9

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



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: **383.613.532-91** Nome completo da vítima: **Millen de Oliveira Batista**

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

Nome completo: **Millen de Oliveira Batista** CPF: **383.613.532-91**

Profissão: **Autônomo** Endereço: **TV. 19** Número: **27** Complemento: _____

Bairro: **Carana** Cidade: **Boa Vista** Estado: **RR** CEP: **69.313.705**

E-mail: **slavuu@hotmail.com** Tel. (DDD): **(95) 99154-4282**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: **0653** CONTA: **33462** **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 recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Inscrição: _____ Local e Data: **Boa Vista - RR 30/07/2019**

Nome: **Millen de Oliveira Batista**

CPF: **383.613.532-91**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Millen de Oliveira Batista

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

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

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



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038316/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/11/2019 10:28 Data/Hora Fim: 01/11/2019 10:55
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 20/06/2019 01:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Avenida São Sebastião
Complemento: cruzamento com Av. Princesa Isabel

Bairro: Santa Tereza

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista	Sexo: Feminino	Nasc: 30/11/1973
Profissão: Chefe de Cozinha			
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: TEREZINHA DE OLIVEIRA BATISTA			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 383.613.532-91
RG - Carteira de Identidade: 103613

08 NOV. 2019

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R GAL PENHA BRASIL
Complemento: 703
Bairro: SAO FRANCISCO
Telefone: (95) 99151-9012 (Celular)

CEP: 69.300-000

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)
Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038316/2019

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 510.594.952-87

Placa NAO0875

Renavam 01085912105

Número do Motor JB01E0G212175

Número do Chassi 9C2JB0100GR212159

Ano/Modelo Fabricação 2016/2016

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Rorainópolis

Marca/Modelo HONDA/POP 110I

Modelo HONDA/POP 110I

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 16/05/2016

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO -
ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos

MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA

Possuidor

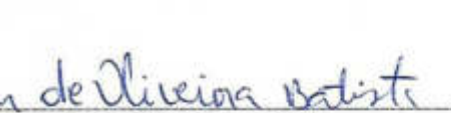
RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA DE CARONA NA MOTOCICLETA DE PLACA NAO0875, DE PROPRIEDADE DE NADIR VICENTE DE ARAUJO, QUANDO NO DIA, HORA E LOCAL JÁ CITADOS A MOTOCICLETA FOI ABALROADA POR UM VEICULO QUE NÃO SABE ESPECIFICAR, O QUAL AVANÇOU O SINAL VERMELHO E FEZ CONVERSÃO, VINDO A COLIDIR COM O VEICULO ONDE ESTAVA A VÍTIMA, QUE TAL VEÍCULO SE EVADIU E NÃO PRESTOU SOCORRO, QUE A MOTOCICLETA ERA CONDUZIDA PELO ESPOSO DA COMUNICANTE: ERIVAN ANTONIO DO NASCIMENTO, QUE O B.O. É PARA FINS DE SEGURO DPVAT, QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.

ASSINATURAS


Ailton Marco da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 42000624

Responsável pelo Atendimento


MILLEN DE OLIVEIRA BATISTA
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações aqui apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 336-Denúncia Caluniosa e 339-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



08 NOV. 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: **383.613.532-91** Nome completo da vítima: **Millen de Oliveira Batista**

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

Nome completo: **Millen de Oliveira Batista** CPF: **383.613.532-91**

Profissão: **Autônomo** Endereço: **TV. 19** Número: **27** Complemento: _____

Bairro: **Carana** Cidade: **Boa Vista** Estado: **RR** CEP: **69.313.705**

E-mail: **mlouuu@hotmail.com** Tel.(DDD): **(95) 99154-4282**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0653** CONTA: **33462** **9**

(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.

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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: **Boa Vista - RR 30/07/2019**

Nome: **Millen de Oliveira Batista**

CPF: **383.613.532-91**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Millen de Oliveira Batista

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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