

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO RR	
 VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1747876772	
 NOME ANA PAULA DA CONCEIÇÃO DO NASCIMENTO DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / CPF 259268 SESE RR CPF 778.674.672-20 DATA DO NASCIMENTO 30/10/1984 PAIS DE ORIGEM BRASIL PAIS DE NASCIMENTO BRASIL PAIS DO SOCCERO DA CONCEIÇÃO BRASIL PROFISSÃO --- AOC --- CAT. HAB. AB	
RP REGISTRO 06965922103 VALIDADE 04/07/2022 REHABILITAÇÃO 05/12/2017	
ASSINATURAS  ASSINATURA DO PORTADOR LOCAL BOA VISTA, RR DATA DE EMISSÃO 10/12/2018 ANTONIO FRANCISCO RESLIURA MARQUES DIRETOR PRESIDENTE DETRAN RR ASSINATURA DO EMISSOR 84041231140 RR209958553	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1747876772 RORAIMA	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
905314502

PROIBIDO PLASTIFICAR
905314502

NOME
DENILZE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF
3142655 SSP RR

CPF
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO
08/03/1979

FILIAÇÃO
JOSE DE SOUZA CORREA
EVANGELINA LORATO DA SILVA

PERMISSÃO
[]

ACC
[]

CAT. HAB.
2

Nº REGISTRO
04098412311

VALIDADE
20/02/2019

Y. HABILITACAO
31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Dantas
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
25/08/2014

59564648026
RR207683212

Denilze Correa Dantas
Diretor - Presidente
DETRAN RR

DETRAN RR (RORAIMA)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190667549 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 22/03/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 4/5/6 _CIRURGIA
PÁG. 7 _EXAME IMAGEM

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667549

Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667549

Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667549

Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um 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: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 00000147081-0

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

7 - Nº do sinistro ou ASI:

3190/6675 49

3 - CPF da vítima:

778.674.672-20

6 - Nome completo da vítima:

Ana Paula da Conceição do Nascimento

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

5 - Nome completo:

Ana Paula da Conceição do Nascimento

6 - CPF:

778.674.672-20

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua Capucínio

9 - Número:

783

10 - Complemento:

Casa

11 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317.494

16 - E-mail:

lidercarveiro.pendencio@hotmail.com

15 - Tel. (DDD):

(95) 99117-5392

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0653

CONTA:

147081

0

(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 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.

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



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

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista - RR 18 Dezembro 2019

Ana Paula da Conceição do Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 778.674.672-20 Nome completo da vítima: Ana Paula da Conceição do Nascimento

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

5 - Nome completo: Ana Paula da Conceição do Nascimento 6 - CPF: 778.674.672-20

7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Capricornio 9 - Número: 783 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: Nova Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-494

15 - E-mail: lidubcaristo.pendencia@ufmaif.com 16 - Tel.(DDD): (95)99117-5392

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 147081

(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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (ainda não nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Nova Vista - RR 18 de Novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008133/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/03/2019 09:25 Data/Hora Fim: 27/03/2019 09:35
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 810394 I Data: 22/03/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 22/03/2019 08:47

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA DOM APARECIDO

Bairro: São Francisco

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANA PAULA DA CONCEIÇÃO DA NASCIMENTO (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA CAPRICORNIO
Bairro: CIDADE SATELITE

Nº: 783

Nome Civil: ANDRÉ ALBIANE BARATA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA JOSÉ CELESTINO
Bairro: CAÇARI

Nº: 895

Razão Social: POLICIA MILITAR - RR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo o Sr. André Alblani Barata que Dirigia o Veículo PLACA NAZ-3107 e a Sra. Ana Paula da Conceição do Nascimento que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAO-5061. Que devido ao acidente a Sra. Ana Paula Sofreu lesão corporal e foi socorrida ao hospital pelo Samu. Era o relato.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008133/2019

ASSINATURAS

Francisco Edinaldo Pinto

Ernandes Ferreira Lima

Agente de Polícia

Matrícula 42000612

Responsável pelo Atendimento

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 778.674.672-20 Nome completo da vítima: Ana Paula da Conceição do Nascimento

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

5 - Nome completo: Ana Paula da Conceição do Nascimento 6 - CPF: 778.674.672-20

7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Capricornio 9 - Número: 783 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: Nova Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-494

15 - E-mail: lidubcaristo.pendencia@lufmaif.com 16 - Tel.(DDD): (95)99117-5392

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 147081

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Nova Vista - RR 18 de Novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



RORAIMA ENERGIA S.A

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 891

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

Atendimento: 08007019120 www.roraimaenergia.com.br

Ouvidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

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

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U - Nº 4004260

Regime especial de impressão autorizado pela Sec. de Fazenda

ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

R. CAPRICORNIO, 783

CIDADE SATELITE -

CEP 69.317-494 - BOA VISTA - RR

CPF 778.674.672-20 RG 269268 SSP RR 23-11-02

Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único

0119941-2

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - Fone 167 - Ligação Gratuita de Consultas: 0800 060 0800 - 0800 060 0800									
Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação		Mês Faturado		
08/11/2019	14/10/2019	11/11/2019	11/12/2019	28	11/11/2019		11/2019		
Cod. Fat.	Classe/Subclasse	Ligação	Poste	Forma Faturamento	Motivo FD		Número FD		
1.1.1.2	Residencial Normal	Bifásica	O 14 20 763	Normal					
	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido	Cons. Faturado		
Consumo	13LDB03280	28423	28062	1.00000	5	361	361		

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem impostos	Valor
10/2019	621	TUSD (*)	Consumo 361 kWh a 0,777110	0,628000	280,53
09/2019	494	TE (*)	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		25,23
08/2019	470				
07/2019	513	Encargos			
06/2019	454	Tributos			
05/2019	411	Receita Irrec.			
04/2019	277	(*) TUSD=Tarifa de Uso do Sistema de Distribuição, TE=Tarifa de Energia			
03/2019	429				
02/2019	536				
01/2019	515				
12/2018	480				
11/2018	571				

Média 12 meses 480
Pis - 1,06
Cofins - 5,07

Indicadores de Continuidade:	09/2019
Cj: 14 - FLORESTA	EUSD: R\$ 162,06
Meta Mensal	Realizado Trimestral Anual
DIC	9,24 0,00 18,49 36,99
FIC	8,46 0,00 16,92 33,84
DMIC	4,99 0,00 4,99 4,99

=> Tensão Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V

=> PRODUTOR RURAL. ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.

=> TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL Nº 2.634 DE 29.10.2019.

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo 280,53 Aliquota 17,00 Valor do ICMS 47,69

Vencimento

01/12/2019

Valor a Pagar

R\$ 305,76

Reservado ao Fisco: 3D5C.C08D.3C88.F092.7556.B25A.1AB2.A8F3



RORAIMA ENERGIA S.A

Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o
débito de sua conta de energia em sua conta bancária.
Código para débito automático: 0119941-2

UC 01199412 Mês Faturado 11/2019 No. FD 00 TC 8

Vencimento
01/12/2019

Valor a Pagar
R\$ 305,76

83680000003 3 05760075000 4 00000000119 8 94121119008 2





CNPJ: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-010

ATENÇÃO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: **1317466**

Outubro/2019

Dados do Cliente:
FRANCISCO BEZERRA DA SILVA

Endereço para entrega:
**AV GENERAL ATAIDE TEIVE, 02748 - 02 - LI
BERDADE BOA VISTA RR 69309-000**

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.011.045.0074.001	9	5728	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
A18C020564	11/11/2018	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR			NUM DE DIAS
62			29
64			
2			
LEITURA FAT.			
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 17/09/2019			16/10/2019

ULTIMOS CONSUMOS

201909	2-0
201908	3-0
201907	2-0
201906	4-0
201905	2-0
201904	2-0
MEDIA	2

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.					
AMOSTRAS	COLOR	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS	E.COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	199	199	199	199	199
CONFORMES	199	199	199	199	199

DESCRICAÇÃO

AGUA		CONSUMO TOTAL(R\$)
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)	2 M3	50,10
CONSUMO DE AGUA		40,08
ESGOTO	80.0 % DO VALOR DE ÁGUA	12,68
TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 10/2019		6,34
TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO PARCELA 01/01		6,34
TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO PARCELA 01/01		1,89
MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019		

PREVENIR E A MELHOR FORMA DE SE CUIDAR!
"OUTUBRO ROSA"



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1317466	10/2019	15/11/2019	117,43

82660000001- 0 17430004001- 4 00131746601- 7 10201970003- 2



IMPRESSO EM: 16/10/2019 11:07:04

Vis. 1.0.0.0

Vis. 1.0.0.0

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF².

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 Denilze Correa Dantas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ana Paula da Conceição do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 778.674.672 / 20

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ana Paula da Conceição do Nascimento

inscrito (a) no CPF sob o Nº 778.674.672 / 20, 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>Av. General Ataíde Truvel</u>	Número: <u>2448</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Boa Vista</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>liderboavista.pendencia@hotmail.com</u>	CER: <u>69.309.000</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>

Local e Data: Boa Vista, RR 18 de novembro 2019

Denilze Correa Dantas

Assinatura do Declarante

PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA

POLICIAL SÉRIE I

Nº 810394

Vtr VTR 495	SUCp Ciptur	Data 22/03/19	S/Setor LESTE	H/Trans. 08h47min	H/ini 08h47min	CH/h 09h05min	H/Fin 10h40min	
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13005/13006/13999	Cód. Ser. Prest. -----	Kml. 113330	KmF. 113343				

LOCAL DA OCORRÊNCIA

O. RUA DOM JOSÉ NEPOTE
CRUZAMENTO COM A RUA MAJ. N°
MANOEL CORRÊA
Bairro SÃO FRANCISCO
Ref.:

PESSOAS RELACIONADAS

ENVOLVIDA	Nome: ANA PAULA DA CONCEIÇÃO DO NASCIMENTO	Idade: 34	E. Civil: CASADA
Endereço: RUA CAPRICÓRNIO	Nº 783	Bairro: CIDADE SATELITE	
RG: 269268 SSP RR	CNH: 06965922103	Profissão: SERVIÇOS GERAIS	
CPF: 778.674.672-20	Telefone: 991522466		
ENVOLVIDO	Nome: ANDRÉ ALBIANI BARATA	Idade: 49	E. Civil: CASADO
Endereço: JOSÉ CELESTINO DA LUZ	Nº 395	Bairro: CAÇARI	
RG: 0360994903 SSP/BA	CNH: 02371026622	Profissão: SERVIDOR PÚBLICO	
CPF: 717.081.705-53	Telefone: 981142609		

VEÍCULO RELACIONADO

VEÍCULO DA ENVOLVIDA 1: HONDA/CG 160 START, NA COR VERMELHA, PLACA: NAO5061. DANOS CONFORME PERÍCIA.
VEÍCULO DO ENVOLVIDO 2: JEEP/COMPASS, NA COR BRANCA, PLACA: NAZ: 3107. DANOS CONFORME PERÍCIA.

RECEBI OS CONDUZINDOS E MATERIAIS ACIMA ANOTADOS: Não Houve conduzido

ASSINATURA *Jefferson Inácio Araújo*
Assade de Polícia Civil
CARGO LOCAL

HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO (a)

omos acionados via CIOPS para atendermos uma ocorrência de acidente de trânsito no endereço
upracitado com vítima de lesão corporal e danos materiais. Conforme relatado pela TEN PMRR Dyana,
ficial da área leste, a Sra. Ana Paula que conduzia o veículo **HONDA/CG 160 START, NA COR**
VERMELHA, PLACA: NAO5061 pela rua Maj. Manoel Corrêa, sentido Parque Anaua, momento em que
abalroada na lateral esquerda pelo Sr. André que conduzia o veículo **JEEP/COMPASS, NA COR**
BRANCA, PLACA: NAZ: 3107, pela rua Dom José Nepote, sentido rua General Pena Brasil, informo que
o cruzamento encontra-se uma placa de PARE para o condutor da rua Dom José Nepote.
formo também que ao chegarmos ao local a vítima estava sendo atendida pelo SAMU e foi conduzida
o Hospital Geral. Foi feito o acionamento da perícia que foi realizada pelo perito criminal Gleidson (Nº da
uncional: 42000279 SSP/PC). Após perícia a motocicleta da vítima foi entregue ao Sr. Ronaldo
nderson Nascimento Campos, CNH Nº 04248421469, contato: 991375389, e o carro liberado ao seu
spectivo condutor, pois ambos estavam devidamente licenciados. Informo também que nenhuma das
rtes apresentava sinal visível de embriaguez e o condutor do carro comprometeu-se em arcar com os
danos materiais.

a o que tinha a relatar.

SELET Dezeta CAMELO
AL SGT PM
MIL 4700195
SELET BEZERRA CAMELO

41552-9
CADASTROAL SGT
GRADUAÇÃOCIPTUR
SUCp

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

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

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

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

1901087608 22/03/2019 09:16:24

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 8

Paciente: ANA PAULA DA CONCEIÇÃO DO NASCIMENTO Data Nascimento: 30/10/1984 Idade: 34 A 4 M 23 D CNS: CPF: 77867467220 Prontuário: 77867467220
Tipo Doc: Documento: 269268 Órgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: 23/11/2002 Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO Pai: JOÃO PAULO DO NASCIMENTO Contato: (95) 99152-2466
Endereço: RUA - CAPRICORNIO - 783 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR Ocupação: SERVIÇOS GERAIS
Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: ACIDENTE DE MOTO
Motivo do Atendimento: Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão: Sotor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: ELIENE

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Dor em M I (E)

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 09:31 h)

Paciente refere trauma após acidente automobilístico motor carro, refere dor em M I (E)

Exame Físico

A: VAP, com colar cervical D: ECG 16, RFM (E), consensual
B: MV (E), expansibilidade preservada E: escuras em M I (E)
C: sem sangramento ativo.

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Morfina 2mg EV } Feito no
2) Tenoxicam 40mg EV } SAMU

Do tipo que
falta o tipo

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: Ortopedia

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico 1710
RQE 584

Impresso por: eliene
Data Hora: 22/03/2019 09:17:15

1901087608



1901087608

Alta: 26/04/19



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 SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

6 - NOME DO PACIENTE

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

173349

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

710418101215141012181911412

30/10/84

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Maria do Socorro da Conceição

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - CIDADE

Rua Capricornio, 783, Cidade Satélite

14 - ESTADO DE RESIDÊNCIA

15 - CID. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

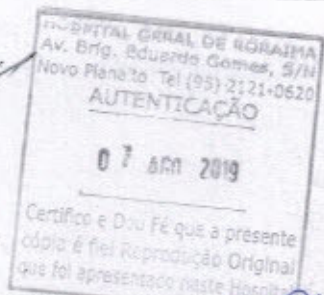
BV

212

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - HISTÓRICO DAS DOENÇAS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença de Alzheimer de início



19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirúrgica

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

Exame físico + RT

21 - DATA DO DIAGNÓSTICO

22 - CID 10 PRINCIPAL 23 - CID 10 SECUNDÁRIO 24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

F+ 7127 (E) + Deslucida de rep. plat. p. 10

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Tratamento de 7127 + 10 Cirúrgica de abdômen p. 10

27 - CLASSE

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - Nº DO DOCUMENTO

31 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - CNES

33 - CPF

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

35 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Bruno F.

26/10/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - ACIDENTE DE TRABALHO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - DOCUMENTO

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

52 - CNES

53 - CPF

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

22/3/19

0408050578
5826
W499

até 12.4

BOLETIM OPERÁRIO

¹ Dalam 2103119

O.S. _____

Am Pauls Wm L. Nov 18

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: F+ T4a G+. Absceto de rim direito

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: *osteone* *1000* *mg* *1* *vez* *por* *dia* *por* *7* *dias*

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dr. Bruf 1ª AUXILIAR: Mrs. B. L. 3

2º AUXILIAR: Moz A. P. INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

NÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- PCH DDX + ans
- 2- Asp + Glycine + Cys
- 3- Lnc with 2 or 3 parts + Anticodon
multiple parts (2 part)
- 4- Part + Anticodon + RPA + (Trizol)

Dr. Marcos Aguilar
Médico Residente
Ortodoncia y Traumatología
C.R.M.-R.R. 1995



PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

FENTANIL 50mg + MIDAZOLAM 2mg

10

11

Nº

22.03.19

AGENTES

N 20
02

LÍQUIDOS
VENOSOS

100
500

SF SF
500 500

PC/PNI/ SPO2/ ECG

DA

X

ULSO

•

ANES

X

O

TEMP

□

ASPIR.

A

RESP

O

Expont

Azistat

Contro

240
220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20

X0

K

A01

B01

SÍMBOLOS

AGENTES

DOSES

TÉCNICA

ANOTAÇÕES

A BUPIVACAÍNA HIPER-

B BARIUM 0,5% 12,5mg

C SIMPLES + VENTILACAO

D EXPONETARNA COM OTERNA

E DE O2

F

G

GLICOSE LÍQUIDOS

NDGD

SANGUE

SFO,8% 1000ML

TOTAL 1000ML

OPERAÇÃO

FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO E.

ANESTESIA

DR. FABIAN

EVERSON RI

RABUIANESTESIA

MEDICINA HIPERBARICA

TEMP - Calibre do Tubo

Sob Máscara

Dificuldade Técnica NÃO

TEMPO DE ANESTESIA

10:45-

Cânula - Naso / Oro Faríngea

Naso / Orotraqueal - Cega

Bel - Temp - Calibre do Tubo

Sob Máscara

Dificuldade Técnica NÃO

TEMPO DE ANESTESIA

10:45-

Cânula - Naso / Oro Faríngea

Naso / Orotraqueal - Cega

Bel - Temp - Calibre do Tubo

Sob Máscara

Dificuldade Técnica NÃO

TEMPO DE ANESTESIA

10:45-

Cânula - Naso / Oro Faríngea

Naso / Orotraqueal - Cega

Bel - Temp - Calibre do Tubo

Sob Máscara

Dificuldade Técnica NÃO

TEMPO DE ANESTESIA

10:45-

Cânula - Naso / Oro Faríngea

Naso / Orotraqueal - Cega

Bel - Temp - Calibre do Tubo

Sob Máscara

Dificuldade Técnica NÃO

TEMPO DE ANESTESIA

10:45-

X CHECK LIST + MONITORIZACAO

1 - OFERTA DE O2 SOB CATETER

NASAL 2L/MIN

2 - RABUIANESTESIA = ASEPSIA +

ANTISSEPSIA COM ALCOOL 70%

COLOCACAO DE CAMPO ESTERIL

PUNCAO LOMBAR DE REGIAO

SUBARACUNDE COM AGULHA

QUINCKE Nº 26, LCR CLARO,

Larigo - Espasmo - Excesso Secre

Depressão Respiratória - Hipoxia

"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia

Bradi Taquicardia - Choque

PERDA SANGUINEA

NORMOTENSO E INJECAO DE

BUPIVACAÍNA 0,5% 12,5mg, SEM DOR

CORRENCIA

3 - CEFALOTINA 2g (EU)

4 - ENCLAMINHO A SERPA

Dr. Fabiano M. Herrer
Anestesiologista
CRM-RR 577

204-1



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Amo Paulo do C. Nascimento, 34 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 22/03/19, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura exposta de fêmur + humerus
NO DIA 22/03/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SENDO

OPERADO PELO DR. Bruno Figueiredo E DR. ?
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 26/04/19, ÀS 12:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 21/5/19, ÀS 7 horas, COM O
DR. Bruno Figueiredo

ORIENTAÇÕES GERAIS:

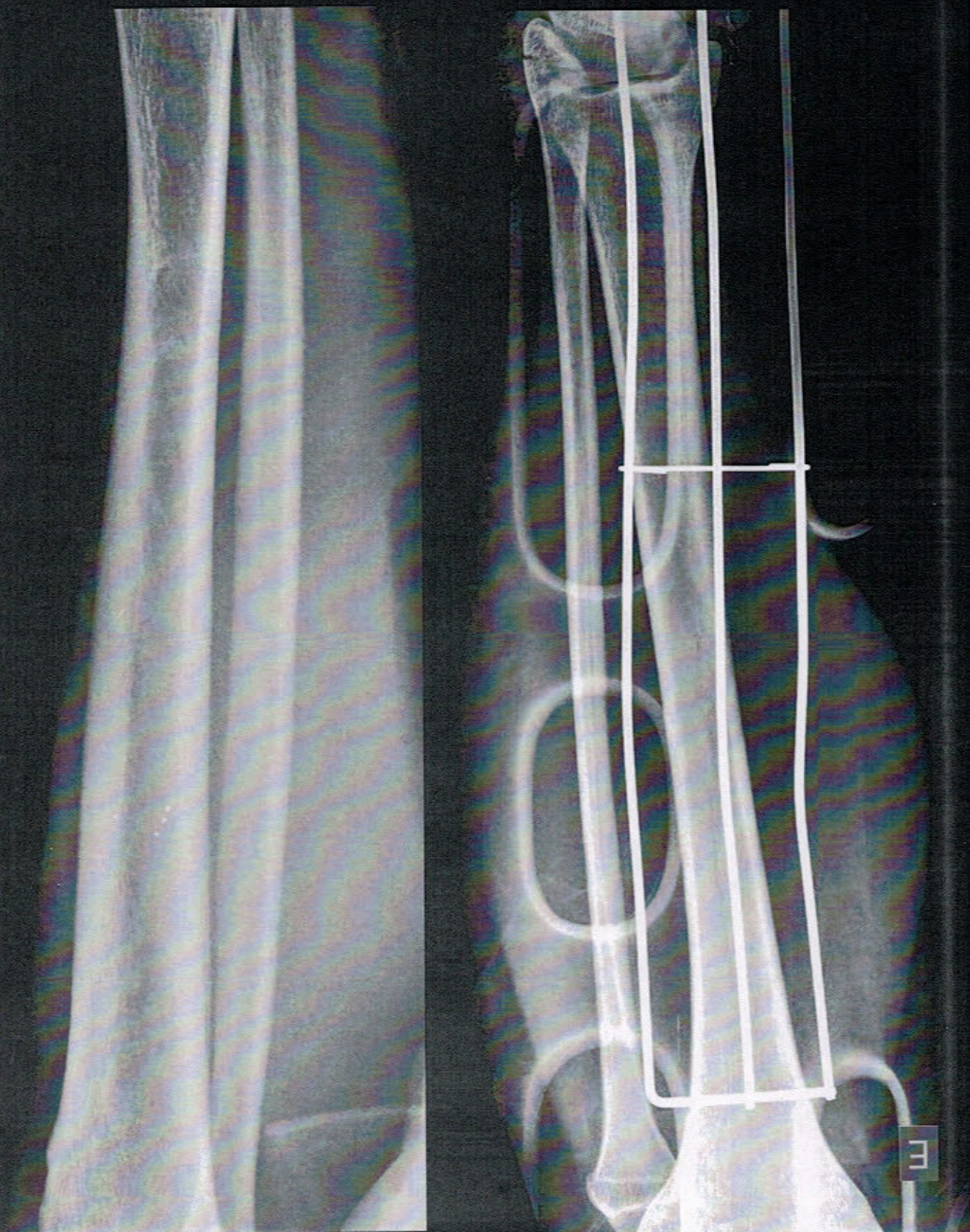
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. A. Amado

BOA VISTA 26/5/19

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1962

MÉDICO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTHEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME ANA PAULA DA CONCEIÇÃO DO NASCIMENTO			
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR 269268 SESP RR		DATA DO NASCIMENTO 30/10/1984
	CPF 778.674.672-20		
	FUNÇÃO TOMAS PAULO DO NASCIMENTO		
	MARCA DO SOCCERO DA CONCEIÇÃO		
PLACAR 778.674.672-20		DOC. AB	CAT. HAB. AB
Nº REGISTRO 06965922103	VALIDADE 04/07/2022	1ª HABILITAÇÃO 05/12/2017	
OBSERVAÇÕES 			
Assinatura do Portador 			
LOCAL BOA VISTA, RR	DATA DE EMISSÃO 10/12/2018		84041211140 R5209958553
ANTONIO FRANCISCO RESERVA MATEUS DIRETOR PRESIDENTE SGT-DA-38 ASSINATURA DO EMISSOR			
RORAIMA		CNA	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

905314502

NOME
DENILZE CORREA DANTAS



DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF
3142655 SSP RR

CPF
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO
09/03/1979

FILIAÇÃO
JOSE DE SOUZA CORREA
EVANGELINA LORATO DA
SILVA

PERMISSÃO
[]

ACC
[]

CAT/HAB
3

Nº REGISTRO
04098412311

VALIDADE
20/02/2019

VALIDADE
31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Dantas
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
25/08/2014

59564648026
RR207683212

DETRAN-RR (RORAIMA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

905314502

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190667549 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 22/03/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 4/5/6 _CIRURGIA
PÁG. 7 _EXAME IMAGEM

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Ana Paula da Conceição do Nascimento
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO: Autônoma RG: 269268 CPF: 778.674.672-20
ENDEREÇO: Rua Capricornio N° 783 Cidade Galileu

VÍTIMA: Ana Paula da Conceição do Nascimento
CPF: 778.674.672-20 DATA DO ACIDENTE: 22 / 03 / 2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

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

Boa Vista, 24 de novembro de 2019.



X Ana Paula da Conceição do Nascimento
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0424162/19

Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIME

CPF: 778.674.672-20

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 22/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CONCEICAO DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO : 778.674.672-20

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: 29/11/2019
Nome: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO
CPF: 778.674.672-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

MANOEL COELHO NETO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Ana Paula da Conceição do Nascimento
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO: Autônoma RG: 269968 CPF: 778.674.672-20
ENDEREÇO: Rua Capricornio N° 783 Cidade Galileu

VÍTIMA: Ana Paula da Conceição do Nascimento
CPF: 778.674.672-20 DATA DO ACIDENTE: 22 / 03 / 2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

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

Bom Vista, 24 de Novembro de 2019.



X Ana Paula da Conceição do Nascimento
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0424162/19

Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIME

CPF: 778.674.672-20

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 22/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CONCEICAO DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO : 778.674.672-20

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: 29/11/2019
Nome: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO
CPF: 778.674.672-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

MANOEL COELHO NETO

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: 02/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000147081-0

Nr. da Autenticação 4DC13C75AC887E92

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667549

Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667549

Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667549

Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um 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: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 00000147081-0

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



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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

7 - Nº do sinistro ou ASI:

3190/6675 49

3 - CPF da vítima:

778.674.672-20

6 - Nome completo da vítima:

Ana Paula da Conceição do Nascimento

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

5 - Nome completo:

Ana Paula da Conceição do Nascimento

6 - CPF:

778.674.672-20

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua Capucínio

9 - Número:

783

10 - Complemento:

Casa

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317.494

16 - E-mail:

lidercarveiro.pendencio@hotmail.com

15 - Tel. (DDD):

(95) 99117-5392

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0653

CONTA:

147081

0

(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 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.

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



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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorciado



Separado Judicialmente



Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

24 - Data do óbito da vítima:

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vol nascer)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

34 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista - RR 18 Dezembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Ana Paula da Conceição do Nascimento

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

778.674.672-20

Ana Paula da Conceição do Nascimento

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Ana Paula da Conceição do Nascimento

778.674.672-20

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Autônoma

Rua Capicórnio

783

Casa

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Cidade Satélite

Rua Vista

RR

69.317.494

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

lidubcaristo.pendencie@ufmaif.com

(95)99117.5392

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

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

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 147081

0

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Rua Vista - RR 18 de Novembro 2019

Ana Paula da Conceição do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008133/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/03/2019 09:25 Data/Hora Fim: 27/03/2019 09:35
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 810394 I Data: 22/03/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 22/03/2019 08:47

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA DOM APARECIDO

Bairro: São Francisco

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANA PAULA DA CONCEIÇÃO DA NASCIMENTO (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA CAPRICORNIO
Bairro: CIDADE SATELITE

Nº: 783

Nome Civil: ANDRÉ ALBIANE BARATA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA JOSÉ CELESTINO
Bairro: CAÇARI

Nº: 895

Razão Social: POLICIA MILITAR - RR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo o Sr. André Alblani Barata que Dirigia o Veículo PLACA NAZ-3107 e a Sra. Ana Paula da Conceição do Nascimento que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAO-5061. Que devido ao acidente a Sra. Ana Paula Sofreu lesão corporal e foi socorrida ao hospital pelo Samu. Era o relato.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008133/2019

ASSINATURAS

Francisco Edinaldo Pinto

Ernandes Ferreira Lima

Agente de Polícia

Matrícula 42000612

Responsável pelo Atendimento

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 778.674.672-20 Nome completo da vítima: Ana Paula da Conceição do Nascimento

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

5 - Nome completo: Ana Paula da Conceição do Nascimento 6 - CPF: 778.674.672-20

7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Capricornio 9 - Número: 783 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: Nova Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-494

15 - E-mail: lidubcarista.pendencia@ufmaif.com 16 - Tel.(DDD): (95) 99117-5392

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0853

CONTA: 147081

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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 responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Nova Vista - RR 18 de Novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



RORAIMA ENERGIA S.A

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 891

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

Atendimento: 08007019120 www.roraimaenergia.com.br

Ouvidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

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

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U - Nº 4004260

Regime especial de impressão autorizado pela Sec. de Fazenda

ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

R. CAPRICORNIO, 783

CIDADE SATELITE -

CEP 69.317-494 - BOA VISTA - RR

CPF 778.674.672-20 RG 269268 SSP RR 23-11-02

Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único

0119941-2

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - Fone 167 - Emissão Gratuita de Relatórios Mens e Anuais de Engenharia										
Emissão	Data Leitura Anterior		Data Leitura Atual		Data Próxima Leitura		Dias de Consumo		Apresentação	Mês Faturado
08/11/2019	14/10/2019		11/11/2019		11/12/2019		28		11/11/2019	11/2019
Cod. Fat.	Classe/Subclasse		Ligação		Poste		Forma Faturamento		Motivo FD	Número FD
1.1.1.2	Residencial Normal		Bifásica		O 14 20 763		Normal			
	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior		Constante Fatur.		NPL	Cons. Medido	Cons. Faturado	
Consumo	13LDB03280	28423	28062		1.00000		5	361	361	

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem impostos	Valor
10/2019	621	TUSD (*)	Consumo 361 kWh a 0,777110	0,628000	280,53
09/2019	494	TE (*)	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		25,23
08/2019	470				
07/2019	513	Encargos			
06/2019	454	Tributos			
05/2019	411	Receita Irrec.			
04/2019	277	(*) TUSD=Tarifa de Uso do Sistema de Distribuição, TE=Tarifa de Energia			
03/2019	429				
02/2019	536				
01/2019	515				
12/2018	480				
11/2018	571				

Média 12 meses 480
Pis - 1,06
Cofins - 5,07

Indicadores de Continuidade:	09/2019
Cj: 14 - FLORESTA	EUSD: R\$ 162,06
Meta Mensal	Realizado Trimestral Anual
DIC 9,24	0,00 18,49 36,99
FIC 8,46	0,00 16,92 33,84
DMIC 4,99	0,00 4,99 4,99

=> Tensão Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V

=> PRODUTOR RURAL. ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.

=> TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL Nº 2.634 DE 29.10.2019.

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo 280,53 Aliquota 17,00 Valor do ICMS 47,69

Vencimento

01/12/2019

Valor a Pagar

R\$ 305,76

Reservado ao Fisco: 3D5C.C08D.3C88.F092.7556.B25A.1AB2.A8F3



RORAIMA ENERGIA S.A

Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o
débito de sua conta de energia em sua conta bancária.
Código para débito automático: 0119941-2

UC 01199412 Mês Faturado 11/2019 No. FD 00 TC 8

Vencimento
01/12/2019

Valor a Pagar
R\$ 305,76

83680000003 3 05760075000 4 00000000119 8 94121119008 2





CNPJ: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-010



ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 1317466

Outubro/2019

Dados do Cliente:

FRANCISCO BEZERRA DA SILVA

Endereço para entrega:

AV GENERAL ATAIDE TEIVE, 02748 - 02 - LI
BERDADE BOA VISTA RR 69309-000

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.011.045.0074.001	9	5728	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
A18C020564	11/11/2018	LIGADO	LIGADO
CONSUMO (m³)			NUM DE DIAS
ANTERIOR	ATUAL		
62	64	2	29
LEITURA FAT. 62			
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 17/09/2019 16/10/2019			

ULTIMOS CONSUMOS

201909	2-0
201908	3-0
201907	2-0
201906	4-0
201905	2-0
201904	2-0
MEDIA	2

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS	E.COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	199	199	199	199	199
CONFORMES	199	199	199	199	199

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 10/2019

TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO PARCELA 01/01

TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO PARCELA 01/01

MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019

CONSUMO TOTAL(R\$)

PREVENIR E A MELHOR FORMA DE SE CUIDAR!
"OUTUBRO ROSA"



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1317466	10/2019	15/11/2019	117,43

82660000001- 0 17430004001- 4 00131746601- 7 10201970003- 2



IMPRESSO EM: 16/10/2019 11:07:04

Vis. do Cliente

Vis. do Cliente

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF².

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 Denilze Correa Dantas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ana Paula da Conceição do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 778.674.672 / 20

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ana Paula da Conceição do Nascimento

inscrito (a) no CPF sob o Nº 778.674.672 / 20, 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>Av. General Ataíde Truvel</u>	Número: <u>2448</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Bohemia</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>liderboavista.pendencia@hotmail.com</u>	CER: <u>69.309.000</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>

Local e Data: Boa Vista, RR 18 de novembro 2019

Denilze Correa Dantas

Assinatura do Declarante

PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA

ALICIA SÉRIE I

Nº 810394

Vtr VTR 495	SUCp Ciptur	Data 22/03/19	S/Setor LESTE	H/Trans. 08h47min	H/ini 08h47min	CH/h 09h05min	H/Fin 10h40min	
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13005/13006/13999	Cód. Ser. Prest. -----	Kml. 113330	KmF. 113343				

LOCAL DA OCORRÊNCIA

O. RUA DOM JOSÉ NEPOTE
CRUZAMENTO COM A RUA MAJ. Nº
MANOEL CORRÊA
Bairro SÃO FRANCISCO
Ref.:

PESSOAS RELACIONADAS

ENVOLVIDA	Nome: ANA PAULA DA CONCEIÇÃO DO NASCIMENTO	Idade: 34	E. Civil: CASADA
Endereço: RUA CAPRICÓRNIO	Nº 783	Bairro: CIDADE SATELITE	
RG: 269268 SSP RR	CNH: 06965922103	Profissão: SERVIÇOS GERAIS	
CPF: 778.674.672-20	Telefone: 991522466		
ENVOLVIDO	Nome: ANDRÉ ALBIANI BARATA	Idade: 49	E. Civil: CASADO
Endereço: JOSÉ CELESTINO DA LUZ	Nº 395	Bairro: CAÇARI	
RG: 0360994903 SSP/BA	CNH: 02371026622	Profissão: SERVIDOR PÚBLICO	
CPF: 717.081.705-53	Telefone: 981142609		

VEICULO RELACIONADO

VEICULO DA ENVOLVIDA 1: HONDA/CG 160 START, NA COR VERMELHA, PLACA: NAO5061. DANOS CONFORME PERÍCIA.
VEICULO DO ENVOLVIDO 2: JEEP/COMPASS, NA COR BRANCA, PLACA: NAZ: 3107. DANOS CONFORME PERÍCIA.

RECEBI OS CONDUZINDOS E MATERIAIS ACIMA ANOTADOS: Não Houve conduzido

ASSINATURA *Jefferson Inácio Araújo*
Assessor de Polícia Civil
CARGO LOCAL

HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO (a)

Comos acionados via CIOPS para atendermos uma ocorrência de acidente de trânsito no endereço supracitado com vítima de lesão corporal e danos materiais. Conforme relatado pela TEN PMRR Dyana, oficial da área leste, a Sra. Ana Paula que conduzia o veículo **HONDA/CG 160 START, NA COR VERMELHA, PLACA: NAO5061** pela rua Maj. Manoel Corrêa, sentido Parque Anaua, momento em que foi abalroada na lateral esquerda pelo Sr. André que conduzia o veículo **JEEP/COMPASS, NA COR BRANCA, PLACA: NAZ: 3107**, pela rua Dom José Nepote, sentido rua General Pena Brasil, informo que no cruzamento encontra-se uma placa de PARE para o condutor da rua Dom José Nepote. Informo também que ao chegarmos ao local a vítima estava sendo atendida pelo SAMU e foi conduzida ao Hospital Geral. Foi feito o acionamento da perícia que foi realizada pelo perito criminal Gleidson (Nº da funcional: 42000279 SSP/PC). Após perícia a motocicleta da vítima foi entregue ao Sr. Ronaldo Anderson Nascimento Campos, CNH Nº 04248421469, contato: 991375389, e o carro liberado ao seu respectivo condutor, pois ambos estavam devidamente licenciados. Informo também que nenhuma das partes apresentava sinal visível de embriaguez e o condutor do carro comprometeu-se em arcar com os danos materiais.

a o que tinha a relatar.

SELET Dezeta CAMELO
AL SGT PM
MBC 4700145

41552-9
CADASTRO

AL SGT
GRADUAÇÃO

CIPTUR
SUCp

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

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

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

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

1901087605 22/03/2019 09:16:24

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 8

Paciente: ANA PAULA DA CONCEIÇÃO DO NASCIMENTO Data Nascimento: 30/10/1984 Idade: 34 A 4 M 23 D CNS: CPF: 77867467220 Prontuário: 77867467220
Tipo Doc: Documento: 269268 Órgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: 23/11/2002 Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO Pai: JOÃO PAULO DO NASCIMENTO Contato: (95) 99152-2466
Endereço: RUA - CAPRICORNIO - 783 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR Ocupação: SERVIÇOS GERAIS
Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: ACIDENTE DE MOTO
Motivo do Atendimento: Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão: Sotor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: ELIENE

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Dor em M I (E)

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 09:31 h)

Paciente refere trauma após acidente automobilístico motor carro, refere dor em M I (E)

Exame Físico

A: VAP, com colar cervical D: ECG 16, RFM (E), consensual
B: MV (E), expansibilidade preservada E: escurificações em M I (E)
C: sem sangramento ativo.

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Morfina 2mg EV } Feito no
2) Tenoxicam 40mg EV } SAMU

Do tubo que
foi enviado para

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: Ortopedia

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico 1710
RQE 584

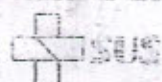
Impresso por: eliene
Data Hora: 22/03/2019 09:17:15

10:20h
PA = 136 x 88
P: 91



1901087605

Alta: 26/04/19



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 SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

6 - NOME DO PACIENTE

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

173349

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

7104181021541012181911412

30/10/84

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Maria do Socorro da Conceição

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Capricornio, 783, Cidade Satélite

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

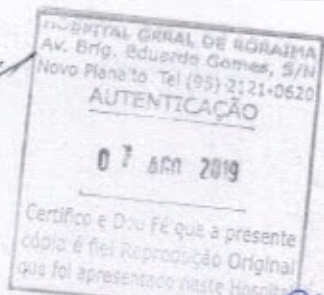
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

22

15 - UF

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Potência de medicação de controle



CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cela

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico

2 - TIPO DE DIAGNÓSTICO

F+ 7127 (27) de laboratório de rep. plat. p. 10

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Medicação de 7127 + 100 mg de clonidina p. 10

26 - CLASSE

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO

30 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Bruno F.

26/10/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - CNPJ EMPRESA

36 - CNAE DA EMPRESA

37 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

39 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

40 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

41 - DOCUMENTO

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

0408050578
5826
W499

() CNS

() CPF

43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

22/3/19

até 12.4

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 22/10/19

O.S. _____

Am Paul da Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: F+ T42 G+ distúrbio de reabsorção p/

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: osteotomia de T42 + T50 com reabsorção p/

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

Dr. Bruno
Ortopedista
CRM 10.17

CIRURGIÃO: Dr. Bruno

2º AUXILIAR: Moa A. P.

3º AUXILIAR: _____

ANESTESISTAS: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

1º AUXILIAR: Moa B. L. 3

INSTRUMENTADORA: _____

ANESTESIA: _____

ANESTÉSICO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- T42 DDX + anest.
- 2- Anest. + Anest. + Anest. + Anest.
- 3- LMC sobre a base pat. mds + Anest. + Anest. + Anest. + Anest.
- 4- Anest. + Anest. + Anest. + Anest. + Anest. + Anest. + Anest. + Anest.

Dr. Marcos Aguiar
Ortopedista Residente
CRM 10.17



PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

FENTANIL 50mg + MIDAZOLAM 9mg
10 11

Nº

22.03.19

AGENTES

N 20

O2

LÍQUIDOS
VENOSOS

DA

X

ULSO

•

ANES

X

O

TEMP

□

ASPIR.

A

RESP

O

Expon

Azist

Contro

SÍMBOLOS

XO

X

AOL

BOL

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A		RAQUIDIANESTESIA
B	BUPIVACAÍNA HIPER-	MEDIANA HIPERBARICA
C	BARIL 0,5%, 12,5mg	SIMPLES E VENTILACAO
D		EXPOCTANEA COM OTERA
E		DE O2
F		
G		
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea
NDGD		Naso / Orotraqueal - Cega
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo
		Sob Máscara
		Dificuldade Técnica NÃO
TOTAL	1000ML	TEMPO DE ANESTESIA
		10:45-

ANOTAÇÕES

X CHECK LIST + MONITORIZACAO

1 - OFERTA DE O2 SOB CATETER NASAL 2L/MIN

2 - RAQUIDIANESTESIA = ASSEPSIA + ANTISSEPSIA COM ALCOOL 70% COLOCACAO DE CAMPO ESTERIL PUNCAO LOMBAR DE REGIAO SUBARACNOIDE COM AGULHA QUINCKE Nº 26, LCR CLARO,

OPERAÇÃO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO E.	Lerlengo - Espasmo - Excesso Secre	Hemorragia - Arritmia
		Depressão Respiratória - Hipoxia	Bradi Taquicardia - Choque
		"Bucking" - Vômito	
ANESTESIA	DR. FABIAN	CÓDIGO	PERDA SANGÜINEA
	EVERSON RI	CIRURGIÃO	MARIUS BRUNHEAR

NORMOTENSO E INJECAO DE BUPIVACAÍNA 0,5% 12,5mg, SEM INTER CORRÊNCIA

3 - CEFALOTINA 2g (EU)

4 - ENCLAMINHO A SERPA

Dr. Fabiano M. Hetter
Anestesiologista
CRM-R 577

204-1



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Amo Paulo do C. Nascimento, 34 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 22/03/19, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura exposta de fêmur + humero
NO DIA 22/03/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SENDO

OPERADO PELO DR. Bruno Figueiredo E DR. ?
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 26/04/19, ÀS 12:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 21/5/19, ÀS 7 horas, COM O
DR. Bruno Figueiredo

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. A. Almeida

BOA VISTA 26/5/19

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1962

MÉDICO

