

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Jardim, 580 - 580 - Boa Vista/RR -
CEP 69317-529

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2377096 - SSP-RR - 01/01/2100

Data e Local do Exame : 04/01/2018 AVENIDA SYLVIO LOFEGO BOTELHO,
565 - BOA VISTA/RR

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Diagnóstico: Frautra de dáfise tibial D e terço distal da fíbula D

Exame Físico: Observo alteração anatômica devido consolidação viciosa a nível da pena D + instabilidade para realizara agachamento e sustentar o corpo somente com o MID + limitação dos movimentos do tornozelo D

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? ☒ Sim ☐ Não

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em Boletim de Atendimento Médico? ☒ Sim ☐ Não

II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações

Vítima fez tratamento cirurgico com colocação de placa e parafusos + fisioterapia e recebeu alata em dezembro/2017

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Déficit funcional moderado do MID decorrente de consolidação viciosa + instabilidade para realizara agachamento e sustentar o corpo somente com o MID + limitação dos movimentos do tornozelo D

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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

() “Exame não permite conclusão”

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

Região Corporal

Membro Inferior Direito

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

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

Região Corporal

Região Corporal

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

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico – assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = “100% da IS”

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Dra. Regina Rebouças
Médica
CRM/RR 1032

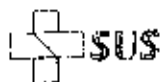
REGINA CLAUDIA REBOUÇAS MENDES ALHO CRM : 1032 / UF :RR

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



B

1700806497		15/07/2017 23:19:53		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 36	
Paciente DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA		Data Nascimento 01/07/1986		Idade 31 A 0 M 14 D		CNS 702406045176526	
Tipo Doc IDENTIDADE 237096		Documento SSP/RR		Data Emissão 19/08/2003		CPF 86177141234	
Mão ALZINETE ALVES DE SOUSA		Sexo M		Estado Civil SOLTEIRO(A)		Raza/Cor PARDA	
Endereço RUA - SUICA - 225 - CAUAME - BOA VISTA - RR		Naturalidade ARACATI - CE		Contato (85) 99131-4349		Ocupação NÃO INFORMADA	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profilaxial do Atend.		Procedência	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Temp.	
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem		GSC AQ: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)							
Paciente vítima de acidente de moto x carro - 1/ imobilizado em HUB. Demanda pronto socorro.							
Exame Físico							
Paciente, consciente, a.c., ECG - Pneumopatia com ruídos crepitantes. De um pulmão (D).							
Hipótese Diagnóstica							
A2 / PCV / Absceto / etc. Falsa - a. - fx de tórax (D).							
SADT - Exames Complementares							
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
1. Clonoxal 4mg							
2. Dipiridol 100mg							
3. Clotaxolol 1g EV							
4. ATT Im							
Matheus Molina CRM-RR 001880							
av: orlo pedic							
Condução							
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica				<input type="checkbox"/> Ambulatório			
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido				<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)			
<input type="checkbox"/> Alta a Raveia				<input type="checkbox"/> Internação			
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <u>urgência</u>				Data e Hora da Saída/Alta: / /			
óbito							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: orlean.souza Data Hora: 15/07/2017 23:22:05				Dra. Camilla CRM-RR 001880			
1700806497				1700806497			



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 EXCUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

DEBIVAN BEVÊS DE SAUSA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

910240160451176524

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/07/86

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

151668

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Alzate, Alina de Sousa

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Siqueira, 225, Colúmbia

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

5 - UF

RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima ACIDENTE DE TRÂNSITO (CARRO),
evoluindo com ~~fratura~~ fratura malconsolidada tíbia direita

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura

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

ex. físico + RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura tíbia e fíbula direita

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

ORTOPEDIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

M. F. R. S. S. S.

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

16/7/12

32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

M. F. R. S. S.

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

40 - CNAE DA EMPRESA

38 - SÉRIE

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

Dr. Fábio Pinheiro
Residente de Anestesiologia
CRM 1224 RR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

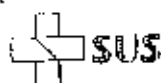
48 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

16/7/12

0408050500 →

5822

11799



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

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Nome: Deighivan Alves de Sousa

Alérgico a Dipirona.

Bloco - B
201-1



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Central de Roraima

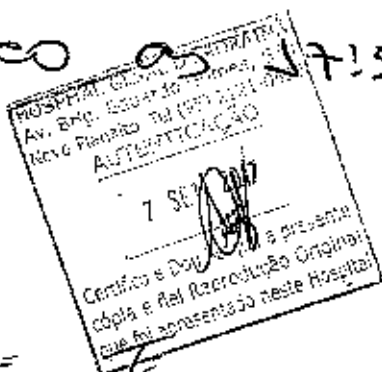
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		PIH		DN	
PACIENTE		Deighivan Alves de Sousa			
DIAGNÓSTICO		Lesão dos ossos da perna (D)			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	16/07/17
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMP
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				18/24
4	DICLOFENACO 50MG VO 8/8H				SMP
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (SUSPENSO)				SMP
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				14/50
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SMP
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SMP
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SMP
10	SSV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SMP
14	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
15	Tiludol 40mg IV, 1X/24h				18/24
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Elden Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18247/R

Adm. no Bloco 201-150h



13100 PA = 160/90 mmHg
17/07/17 pul = 94 bpm
alex

SINAIS VITAIS	PA	FC		
6 H				
12 H				
18 H				
24 H	131/89	98	37°C	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

UNIVERSIDADE DE NOVA FÓRMIA
Hospital Geral de Brasília

HGR

Hospitalist of
the Month

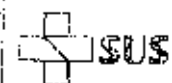
ON

~~Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1829/RJ~~

7 SET 1977

Certifico e Declaro que a presente
cópia é Reprodução Original
que foi apresentada nesta Hospita!

**MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.**



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

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura do fêmur direito

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ho unipod

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

Prontuário + Ex. físico + Image

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura do fêmur (D)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

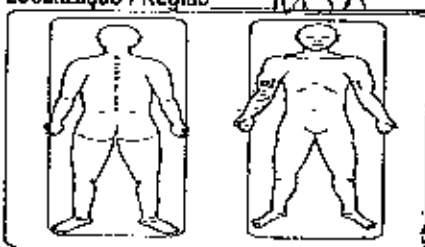
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Nome: <u>Neiglipara Alves de Souza</u>			
DATA: <u>17.07.17</u>	Localização / Região: <u>ASA</u>		DATA: <u>17.07.17</u>
<input type="checkbox"/> GRAU - I			<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II			<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II x2
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <u>na região da ferida</u> <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde
Local da Próxima troca:	<u>18.07.17</u>		<u>18.07.17</u>
Em caso de + de 24hs			
Limbo e ass. em Enfermagem	01- <u>Renata</u>	02- <u>Adriana de Oliveira</u>	01- <u>Renata</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			02- <u>Adriana de Oliveira</u>
OBS:		OBS:	



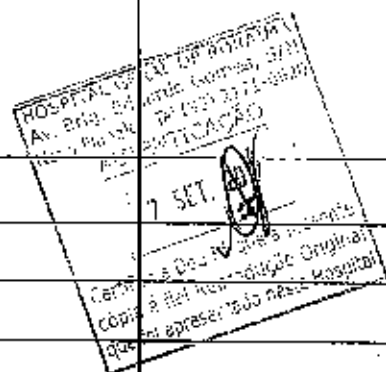
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data 18, 7, 17 o.s.

Digitar o dia
do mês



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

1º AUXILIAR: Dr. Bruno Ribeiro Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 1347

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

DURAÇÃO:

Patrick Rabelo José
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 1383 ROE 164

RELATÓRIO CIRURGICO

- ① Pt sob sedação
- ② aspiração + antiofissia + colocação de gesso + captoz interno
- ③ acesso artrolateral + drenagem do foco
- ④ amiotomia + LMC + Redução cruenta
- ⑤ colocação placa bloqueada 85 com colocação de 8 parafusos corticais sendo 2 intrafemorais + 1 parafuso bloqueado
- ⑥ LMC vigorosa + dreno de F.O + drenagem + retirada gesso

Daigivian Alves de Sousa
M Faio 31a

B - 201-1

ext.

Frnt. cines da perna (d)
Trat. Cirurgico

Anest. Air _____
Alergia: _____
Alcool: _____ Fumo: _____
MEDICAS: (Corticóide, fenotiazina, hipotensor, antiespasmódico, hipotico, específico, antipéptico, diurético, antibiótico, sulfá, casopressor, MAO, outros)
Estado Mental: Consciente Esc: MP1
Pescado: baixa mobilidade Veias: acessíveis
RX: _____
Tessos: _____
Hepatomegalia: _____
Culros: TAP 16,2" TTPA 35,6" RVI 1,21
Parâmetro Clínico: AI70
sa: 130/70 Pulso: 68 Temperatura: 36,2°C

Medicação Pré-Anst	DOSE	VIA	HORA

Sangue Tipo: _____ T. Sug: 17,4 T. Gl: 53,2% T. Hb: 17,9
Hta: 5,32 Tc: _____ Tc: _____ p. Lago: _____
r. Orog: _____ Pir: 288,66 Uréia: 47 * 4
creol: 1,10 Glic: 142 TPa: _____ mEq/L
Cr: _____ mEq/L mEq/LpH: _____ pO2: _____
pCO2: _____ BA: _____ BB: _____ BS: _____ BE: _____
URint: d: _____ pH: _____ glic: _____ Alb: _____
Sedim: _____
Ap. gen. Uri: diurna OK
AP. Resp: Eupneia
AP. Circ: _____
AP. Dig: Func. Id. normal
S. Osteo-Art: Frnt. normal
S. Nerv: _____
S. Endoc: _____

Est. Fis (ASA): I Aut. Proposta: An. Ruy
Assinatura: Flávia
Anestesiologista
Régina 1478

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

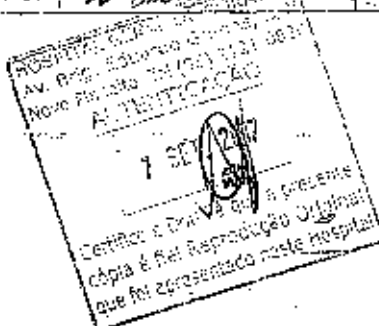
Data: 06/11 Hora: 10:20
alta do SRPA
Por concordado, consciente, 5/6
99% Albrete 2. Sinais
cardíacos e respiratórios normais
B
Assinatura: Flávia L.N. Cordeiro
Assinatura: Dr. Evlyne



DELETED ALIVE re. SOLZ

[illegible]

Dr. Mervyn Felt
Anesthesiologist
GAM/RN 369





ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

201-1

Deigivara Alves de Sousa 31^a

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

DATA HORA 19.08.17 17:30
Evolução Direta Início 19.08.17 18:53

	Cirurgião	Anestesiato
	Dr. Patrick	Dr. Fabian
	Dr. Bruno	
<input checked="" type="checkbox"/>	gaze	
<input checked="" type="checkbox"/>	compressa 0.5 uni	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eletródos	
1	cateter 02	
1	gelco 16	
1	guiso micro	
1	laminas 20	
<input checked="" type="checkbox"/>	Stedens 20cm	
<input checked="" type="checkbox"/>	Algodão orto	
1	Alcool 50ml	
	cloridina 50ml	
1	2iclyl 2.0	
1	mononylon 3.0	
	1.0 7.0 - 17	8.0 - 07

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brasil, 1.111 - Fone: 3111-1111
Novo Planalto - Roraima - CEP: 69000-000

17 SET 2017

Certifico a autenticidade desta cópia e fiel reprodução Original que foi apresentada ao Hospital.

ASSINATURA:

NOME: Deigivian Alves de Souza

[illegible]

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRÉ	TRANS	PÓS	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	PRÉ	TRANS	PÓS
Ansiedade relacionada (a) procedimentos transoperatório (b) procedimentos pós-operatórios				Avallar preparo operatório		✓		
Risco para infecção relacionado (a) intervenção cirúrgica (b) presença de cateter ou sonda.				Orientar paciente sobre o que durante a sua permanência no C.C.		✓		
Risco para aspiração relacionado (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.				Encaminhar paciente a sala de cirurgia		✓		
Desobstrução Ineficaz relacionada (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.				Cuidar para que não esteja frio na recepção do paciente		✓		
Padrão respiratório Ineficaz relacionado (a) depressão do centro respiratório (b) relaxamento muscular.				Manter paciente coberto sem camisa				
Risco para hipotermia relacionado (a) estado de anestesia cirúrgica (b) temperatura ambiental e local.				Instalar monitores e oximetria de pulso				
Risco para trauma relacionado (a) estado anestésico (b) agitação (c) uso de bisturi elétrico.				Auxiliar na colocação do paciente na posição cirúrgica				
Risco para traumatismo (a) pelo posicionamento peroperatório.				Seguir rotina de instalação de cuidados com bisturi elétrico				
Integridade da pele prejudicada (a) cirurgia (b) queimadura.				Registrar volume e anotar aspecto do débito urinário de 1/1 hora				
Mobilidade física prejudicada relacionada a estado pós anestésico cirúrgico.				Controlar drenos frequentes nas primeiras horas de PCI				
Retenção urinária relacionada (a) diminuição do tônus da bexiga pós anestésica.				Comunicar Enfi se há aumento de sangramentos pós-incisões e cateteres				
Incontinência Intestinal relacionada (a) efeito da anestesia (b) não realização de enema				Verificar sinais vitais (T, PA, PC, PVC, FR, saturação e perfusão) de 15/15 min. 1h, 30/30 min 2h, 1/1 hora em diante.				
Mucosa oral alterada relacionada ao uso do tubo endotraqueal.				Anotar e comunicar a enfermeira alterações de padrão respiratórios (apneia, dispnéia, queda da saturação alterações no nível de consciência).				
Dor relacionada (a) incisão cirúrgica (b) imobilidade.				Anotar volume e aspecto das secreções traqueobrônquicas.				
Náuseas relacionadas (a) estado pós-cirúrgico anestésico (b) efeito medicação.				Observar as condições da pele em região de placa de bisturi e eletrodos com vistas a queimaduras.				
Evolução de Enfermagem	Relatório de Enfermagem			Fazer controle da dor, proporcionar relaxamento e mudanças de posição no leito.				
PDR P.D.I de 12/08/2015	Manter curativos oclusivos com gases com drenos.							
Flora T. de 12/08/2015	Manter grades dos leitos elevadas.							
Am. T. de 12/08/2015	Preparar paciente para alta do C.C.							
MAC. de 12/08/2015								



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome Deiglin Alvez de souza
Cirurgião Responsável Dr. Alberto

Anestesista _____

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

☐ PACIENTE CONFIRMOU

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento

☐ RISCO CIRÚRGICO

- Aplica
- Não se Aplica

☐ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☐ Não ☐ Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☐ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☐ Não
☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Dr. Alberto P. M. Pereira
Anestesiologista
CRM-RR 301

Assinatura e Carimbo

Data: 19/07/19

Horas: 19:30

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

☐ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO

☐ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Sim
☐ Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ Sim
☐ Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☐ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)

☐ COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTES

Assinatura e Carimbo



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

201-3

Otopedi

By the ALERGIA A DIPIRONA

DATA
HORA

EVOLUÇÃO

18
04
17

Seighivan Alves de Sousa

1) Dife lene

SND

2) gentamicina 240-g @ 1x dia

→ 24 hrs
22-08-14

3) metronidazol 400-g @ 8/8h

4) cefazolina 1g @ 8/8h

5) clonitaca 20-g @ 12/12h

6) Dipirona 1g @ 6/6h

7) SSU + CD 4g

8) curativo

11:35h 9) framel 100mg @ 6/6h 5w OX
SSU 100mg

24/06/14

SSU
Difur

permanente



Rudery Cardozo
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM - RR 1801

PROSISTIA

Novo Plan. de 10/10/14

7 SET 2014

CEM e o Doi da qual a presente
cópia é da Roraima. Original
que foi apreendido neste Hospital

ASSINATURA:



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

Prontuário 00151668	Data Internação 16/07/2017	Data da Saída 19/07/2017
Número da AIH: 141710007640-3		
Enfermaria 201	10 2	

Dados do Paciente

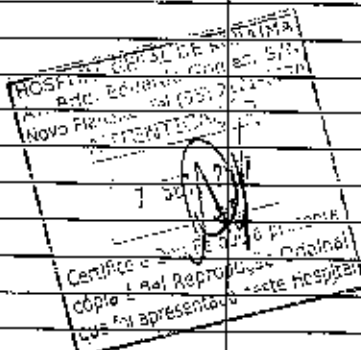
Estabelecimento Executante HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		CNES 2319659	
Nome do Paciente DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA			
Cartão do SUS 702406045176526	Data de Nascimento 01/07/1986	SEXO 1 - Masculino	Raça/Cor PARDA
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Identidade - 237096		Nacionalidade BRASILEIRA	
Nome da Mãe ALZINETE ALVES DE SOUSA			
Nome do Responsável DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA		Fone p/ Contato (95) 99131-4349	
Endereço RUA - SUICA		Número 225	Bairro CAUAME
Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR	CEP 69.311-131

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM J412	Médico Solicitante Larbo	Cartão SUS
Procedimento Solicitado 0208050500	Procedimento Principal	Esp 02
C. Int 02	CID P 5820	CID S W95
CID CA	M. Se 15	
Em caso de Parto: Nasc Vivo <input type="checkbox"/> Nasc Morto <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> ybito		

Procedimentos Realizados

Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Opa	CPF/CNPJ	CRM	CBO	ONT	C UTI
01	01				10217		01	
02	02				1383		01	
03	06				208		01	
04	01	0201010015			69381		01	
05								
06			55				01	
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								



Autorização

Nome Médico Autorizador Ronam Pacheco de Carvalho	Data Autorização 16/07/2017	CPF Autorizador 768.264.736-15	CNS Autorizador 898 0007 5018 1917
Nome do Médico Auditor	Data Auditoria	CPF Auditor	CNS Auditor



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE DEGLIVAN ALVES DE SOUSA 34 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 15/07/2012, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de 2º e 3º metacarpo da mão direita

NO DIA 18/07/12, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese por placa de 08x03 na 1ª e 2ª metacarpo SENDO
OPERADO PELO DR. Dr. Sérgio E DR. Patrícia

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 19/07/12 ÀS 12:00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 04/08/2012 ÀS 8:00 horas, COM O
DR. ILDEARSON

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. Dr. Sérgio

BOA VISTA, 19/07/12

MÉDICO

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por Decreto nº 22.033 de 29.10.1932, e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Não deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação no seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

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

Para sua importância, e seu dever protegê-lo e cuidá-lo, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO



CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 161.21499.70-3

NÚMERO 5755382

SÉRIE 0030

UF RR

Deiglivan Alves de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



SEGURO SEGURADORA S/A

13 DEZ. 2007

RECEBIDO

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

FILIAÇÃO: EDUVAN MOREIRA DE SOUSA

ALZINETE ALVES DE SOUSA

SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 01/07/1968

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: ARACATI - CE

DOCUMENTO: C.N. 9171 LVA-A-4 FLS 588 - 18/09/1986 - COMARCA DE

ARACATI - ARACATI - CE

LEI Nº 9.048 DE 19 DE MAIO DE 1995

CPF: 981.771.412-34

REGIÃO: 00353232023

TTT: ELEITORAL: 00353232023

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 07/01/2011

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

HUIAÇÃO

DATA DE NASC. DE PARA DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

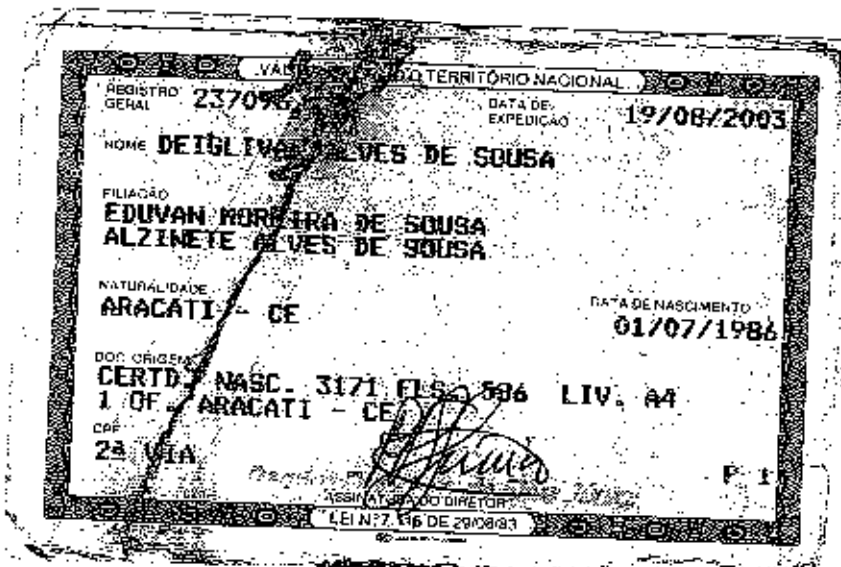
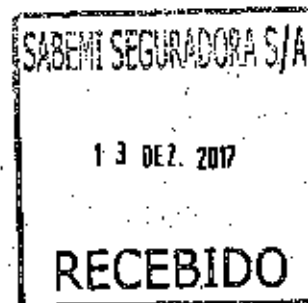
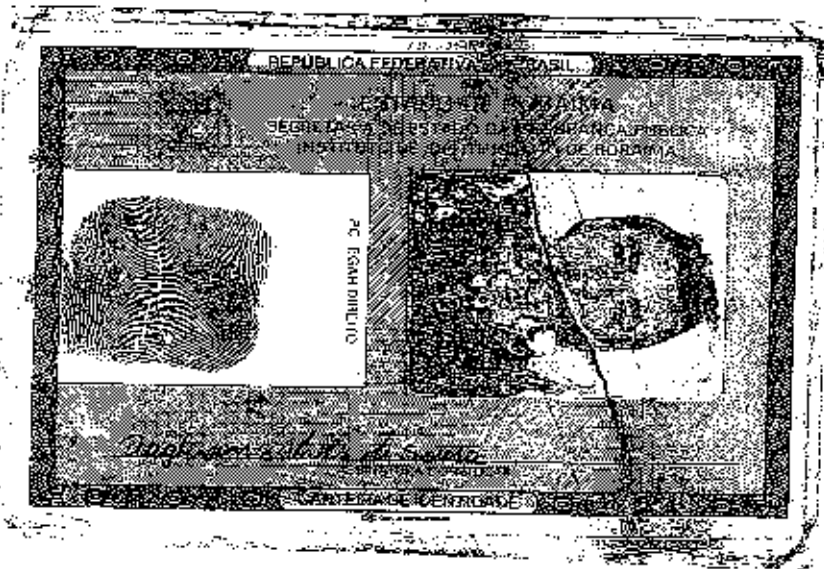
DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

A - CASAMENTO B - DIVÓRCIO C - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE D - DATA DE NASCIMENTO
E - SERVIÇO SOCIAL F - ACÓRDÃO G - MUDANÇA DE NOME H - OUTROS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170664705 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 15/07/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: L DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170664705

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

Data do acidente: 15/07/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia direita e fíbula direita.

Descrição do exame médico pericial: Consolidação viciosa, alteração anatômica, limitação dos movimentos do tornozelo direito e instabilidade e limitação da sustentação do membro inferior direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, colocação de placa e parafusos.
Realizou fisioterapia.
Alta médica (12/2017).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do membro inferior direito.

Médico examinador: REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO C

CRM do médico: 1032

UF do CRM do médico: RR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: PADEIRO
RG: 237096 SSP/RR CPF: 861.771.412-34
Endereço: JARDIM 580 B-16 A 103 JATOBA CIDADE SATELITE

OUTORGADO:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RR CPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2732 BAIRRO: LIBERDADE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

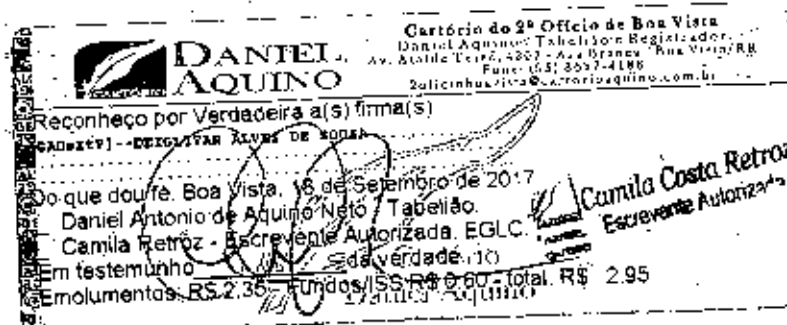
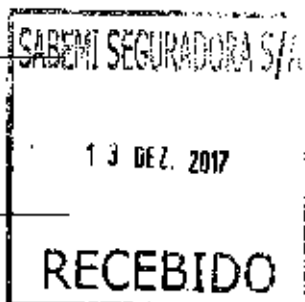
Boa Vista/RR 18/09/2017
Local e data



X

Deiglivan Alves de Sousa
Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



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: 01/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000063369-3

Nr. da Autenticação 0D90BC59CC187B77

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3170664705**

Vitima: **DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA**

Data do Acidente: **15/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DENILZE CORREA DANTAS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170664705**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12143894



Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA**

Sinistro: **3170664705**
Vítima: **DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA**
Data do Acidente: **15/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DENILZE CORREA DANTAS**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170664705** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2018

Carta nº 12223826

A/C: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170664705 ASL-0479684/17
Vitima: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA
Data Acidente: 15/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Carta nº: 12478673

A/C: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

Nº Sinistro: 3170664705
Vítima: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA
Data do Acidente: 15/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000063369-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
-----------------------------------------	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221201 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

863.773.412-34

Deiglivan Alves de Sousa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

CPF titular da conta

Profissão

Deiglivan Alves de Sousa

863.773.412-34

Padeiro

Endereço

Bloco 16 Jitobá

Número

Complemento

Av. Jardim

580

Ap. 103

Cidade

Boa Vista

Estado

CEP

Cidade Satélite

RR

69.317-529

E-mail

Telefone (DDD)

lidiaboa Vista - pendencia@hotmail.com

(95) 99117-5392

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO

Nome

NRG

AGÊNCIA

NRG

CONTA

NRG

AGÊNCIA

NRG

CONTA

NRG

653

063369

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

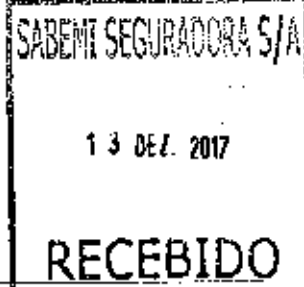
Boa Vista-RR, 07 de Fevereiro de 2017

Local e Data

Deiglivan Alves de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

JNA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apur

340-876087348-3

06/DEZ/2017 HORA DE: 10:46:00

LOT. 33.021004-2 TERM 061829

LOCALIDADE: RUA VISTA

AG. VINCULADA: 0653 CONTRA F: 340100190

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POLO CAIXA FACIL

NOME: DEIGO IVAN ALVES DE SOUSA

AGENCIA: 0653

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.000.369-3

DATA DA ABERTURA: 06/12/2017

LOTerias CAIXA

340-876087348-3

1ª VIA

SABEMI SEGURADORA S/A

13 DEZ. 2017

RECEBIDO

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 486 /2017/DAT - Boa Vista-RR, em 08/08/17

COMUNICANTE: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

RG: 237096 O. EXP.: SSP/RR CPF: 861771412-34 ENDEREÇO: AV: JARDIM

BAIRRO: CIDADE SATÉLITE

CIDADE: BOA VISTA

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: PADEIRO

NATURALIDADE: ARACATI

ESTADO: CE

DATA DE NASCIMENTO: 01/07/1986 IDADE: 31 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO.

ESTADO CIVIL: UNIÃO INSTÁVEL

TELEFONE: 99177-2661

Nº REG. CNH:

NOME DO PAI: EDUVAN MOREIRA DE SOUSA

NOME DA MÃE: ALZINETE ALVES DE SOUSA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 21h00min e 22h00min do dia 15/07/2017, na Avenida – Principal do Bairro Satélite.

O comunicante relata que na data e hora e endereço acima descrito, estava vindo do serviço em sua motoneta HONDA/C100 BIZ DE COR VERMELHA, placa NAJ 4666, chassi 9C2HA0700XR051586 de propriedade da senhora MELANIE KALINE TRUQUETE, Que o comunicante parou no contorno que fica em frente a Clínica Exame, que o mesmo olhou para os lados e que não se recorda de ver nenhum veículo vindo na avenida, Que o mesmo não se recorda de quase nada. Que Segundo os moradores que presenciaram o acidente fala que a batida foi muito forte e que o mesmo foi arremessado pro outro lado da avenida. Que o senhor não identificado presenciou todo o acontecido, que o mesmo só lembra-se da cor do veículo. Que o mesmo entrou em contato como o SAMU.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO E DANOS MATERIAIS
OBSERVAÇÃO:

Deiglivan Alves de Sousa
DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

Comunicante

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

SABEMI SEGURADORA S/A

13 DEZ. 2017

RECEBIDO

**DE ORDEM DO DELEGADO
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA**

Agente
AGENTE CARCERÁRIO DE POLÍCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala))

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Dieglivan Alves de Sousa CPF da Vítima: 861.773.412-34 Data do Acidente: 15/07/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
E-mail	Telefone (DDD):

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

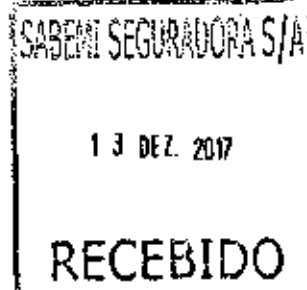
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e afeição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista-RR 07 de Dezembro de 2017
Local e Data

Dieglivan Alves de Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



700806497		15/07/2017 23:19:53		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 18- 36	
Paciente DEIGLIAN ALVES DE SOUSA		Data Nascimento 01/07/1986		Idade 31 A 0 M 14 D		CNS 702408045176526	
Tipo Doc IDENTIDADE 237096		Documento SSP/RR		Data Emissão 19/08/2003		CPF 86177141234	
Mão ALZINETE ALVES DE SOUSA		Sexo M		Estado Civil SOLTEIRO(A)		Raca/Cor PARDA	
Endereço RUA - SUICA - 225 - CAUAME - BOA VISTA - RR		Pal EDUVAN MOREIRA DE SOUSA		Naturalidade ARACATI - CE		Contato (95) 99131-4349	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Veridade	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Temp.	
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)							
Paciente última de 4 colunas. moto x carro - 1 acidente em MJB. O acidente ocorreu.							
Exame Físico							
Paciente consciente, orientado, ECHS. Exame físico em MJB e MJB. De um lado.							
Hipótese Diagnóstica							
A2 ACV, Abcemia. Paciente com trauma.							
SADT - Exames Complementares							
<input checked="" type="checkbox"/> RAIQ-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
1. Analise de							
2. Exame de							
3. Exame de							
4. AIT Im							
5. Exame de							
6. Exame de							
7. Exame de							
8. Exame de							
9. Exame de							
10. Exame de							
11. Exame de							
12. Exame de							
13. Exame de							
14. Exame de							
15. Exame de							
16. Exame de							
17. Exame de							
18. Exame de							
19. Exame de							
20. Exame de							
21. Exame de							
22. Exame de							
23. Exame de							
24. Exame de							
25. Exame de							
26. Exame de							
27. Exame de							
28. Exame de							
29. Exame de							
30. Exame de							
31. Exame de							
32. Exame de							
33. Exame de							
34. Exame de							
35. Exame de							
36. Exame de							
37. Exame de							
38. Exame de							
39. Exame de							
40. Exame de							
41. Exame de							
42. Exame de							
43. Exame de							
44. Exame de							
45. Exame de							
46. Exame de							
47. Exame de							
48. Exame de							
49. Exame de							
50. Exame de							
51. Exame de							
52. Exame de							
53. Exame de							
54. Exame de							
55. Exame de							
56. Exame de							
57. Exame de							
58. Exame de							
59. Exame de							
60. Exame de							
61. Exame de							
62. Exame de							
63. Exame de							
64. Exame de							
65. Exame de							
66. Exame de							
67. Exame de							
68. Exame de							
69. Exame de							
70. Exame de							
71. Exame de							
72. Exame de							
73. Exame de							
74. Exame de							
75. Exame de							
76. Exame de							
77. Exame de							
78. Exame de							
79. Exame de							
80. Exame de							
81. Exame de							
82. Exame de							
83. Exame de							
84. Exame de							
85. Exame de							
86. Exame de							
87. Exame de							
88. Exame de							
89. Exame de							
90. Exame de							
91. Exame de							
92. Exame de							
93. Exame de							
94. Exame de							
95. Exame de							
96. Exame de							
97. Exame de							
98. Exame de							
99. Exame de							
100. Exame de							
101. Exame de							
102. Exame de							
103. Exame de							
104. Exame de							
105. Exame de							
106. Exame de							
107. Exame de							
108. Exame de							
109. Exame de							
110. Exame de							
111. Exame de							
112. Exame de							
113. Exame de							
114. Exame de							
115. Exame de							
116. Exame de							
117. Exame de							
118. Exame de							
119. Exame de							
120. Exame de							
121. Exame de							
122. Exame de							
123. Exame de							
124. Exame de							
125. Exame de							
126. Exame de							
127. Exame de							
128. Exame de							
129. Exame de							
130. Exame de							
131. Exame de							
132. Exame de							
133. Exame de							
134. Exame de							
135. Exame de							
136. Exame de							
137. Exame de							
138. Exame de							
139. Exame de							
140. Exame de							
141. Exame de							
142. Exame de							
143. Exame de							
144. Exame de							
145. Exame de							
146. Exame de							
147. Exame de							
148. Exame de							
149. Exame de							
150. Exame de							
151. Exame de							
152. Exame de							
153. Exame de							
154. Exame de							
155. Exame de							
156. Exame de							
157. Exame de							
158. Exame de							
159. Exame de							
160. Exame de							
161. Exame de							
162. Exame de							
163. Exame de							
164. Exame de							
165. Exame de							
166. Exame de							
167. Exame de							
168. Exame de							
169. Exame de							
170. Exame de							
171. Exame de							
172. Exame de							
173. Exame de							
174. Exame de							
175. Exame de							
176. Exame de							
177. Exame de							
178. Exame de							
179. Exame de							
180. Exame de							
181. Exame de							
182. Exame de							
183. Exame de							
184. Exame de							
185. Exame de							
186. Exame de							
187. Exame de							
188. Exame de							
189. Exame de							
190. Exame de							
191. Exame de							
192. Exame de							
193. Exame de							
194. Exame de							
195. Exame de							
196. Exame de							
197. Exame de							
198. Exame de							
199. Exame de							
200. Exame de							
201. Exame de							
202. Exame de							
203. Exame de							
204. Exame de							
205. Exame de							
206. Exame de							
207. Exame de							
208. Exame de							
209. Exame de							
210. Exame de							
211. Exame de							
212. Exame de							
213. Exame de							
214. Exame de							
215. Exame de							
216. Exame de							
217. Exame de							
218. Exame de							
219. Exame de							
220. Exame de							
221. Exame de							
222. Exame de							
223. Exame de							
224. Exame de							
225. Exame de							
226. Exame de							
227. Exame de							
228. Exame de							
229. Exame de							
230. Exame de							
231. Exame de							
232. Exame de							
233. Exame de							
234. Exame de							
235. Exame de							
236. Exame de							
237. Exame de							
238. Exame de							
239. Exame de							
240. Exame de							
241. Exame de							
242. Exame de							
243. Exame de							
244. Exame de							
245. Exame de							
246. Exame de							
247. Exame de							
248. Exame de							
249. Exame de							
250. Exame de							
251. Exame de							
252. Exame de							
253. Exame de							
254. Exame de							
255. Exame de							
256. Exame de							
257. Exame de							
258. Exame de							
259. Exame de							
260. Exame de							
261. Exame de							
262. Exame de							
263. Exame de							
264. Exame de							
265. Exame de							
266. Exame de							
267. Exame de							
268. Exame de							
269. Exame de							
270. Exame de							
271. Exame de							
272. Exame de							
273. Exame de							
274. Exame de							
275. Exame de							
276. Exame de							
277. Exame de							
278. Exame de							
279. Exame de							
280. Exame de							
281. Exame de							
282. Exame de							



Eletrobras Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Correa, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ 07.341.020/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Av. Foz de Iguazu, 100 - Centro - Boa Vista - RR
Regime Especial de Impostos de Atividade de Serviço de Energia Elétrica

Para contato com a
Eletrobras, informe
esse NÚMERO

Nº da Nota Fiscal

Atenção: Sinal de Erro no Emissão - TSEE (Tela de Erro)
para Lr. 16.432 de 26 de Junho de 2002

000044675

JULHO/2017 01/08/2017 321 140,32

JOYCE KELLY FIGUEIREDO DE OLIVEIRA
AV JARDIM 580 B16 A103-JATOBA CIDADE SATELITE
RESIDENCIAL VILA JARDIM
CEP: 69.317-529 - BOA VISTA

AOT: 32.001.24.20.251600

Atual:	3537	Anterior:	12/07/2017
Consumo de Multiplicação:	1.000	Anterior:	09/06/2017
Consumo Médio:	321	Próxima leitura:	12/08/2017
Consumo Faturado:	321	Emissão:	12/07/2017
Consumo Faturado:	NORMAL	Apresentação:	33
Fonte de Faturamento:	Fonte de Referência:	Dia de Consumo:	

RESID: BA RENDA - 81 15EDB02613-0 1473123 1.4.1.2- 224

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
JUN/17 385	70 A R\$ 0,257710 =	14,08	
MAI/17 385	120 A R\$ 0,386572 =	46,38	
ABR/17 408	101 A R\$ 0,429526 =	43,38	
MAR/17 313			
FEV/17 144	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA -	25,58	
JAN/17 234	DEVOLUÇÃO RES. 395/09 (DIC - F		
DEZ/16 275	DIFERENÇA DE TARIFA 06/16-00	1,13	
NOV/16 119	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 06/16-00	12,26	
OUT/16 126	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	0,55	
SET/16 111		22,35	
TARIFA DE TRÊS FASES:			
0 A 20 - 0,116000			
21 A 40 - 0,232000			
41 A 60 - 0,348000			
61 A 80 - 0,464000			
81 A 100 - 0,580000			
101 A 120 - 0,696000			
121 A 140 - 0,812000			
141 A 160 - 0,928000			
161 A 180 - 1,044000			
181 A 200 - 1,160000			
201 A 220 - 1,276000			
221 A 240 - 1,392000			
241 A 260 - 1,508000			
261 A 280 - 1,624000			
281 A 300 - 1,740000			
301 A 320 - 1,856000			
321 A 340 - 1,972000			
341 A 360 - 2,088000			
361 A 380 - 2,204000			
381 A 400 - 2,320000			
401 A 420 - 2,436000			
421 A 440 - 2,552000			
441 A 460 - 2,668000			
461 A 480 - 2,784000			
481 A 500 - 2,900000			
501 A 520 - 3,016000			
521 A 540 - 3,132000			
541 A 560 - 3,248000			
561 A 580 - 3,364000			
581 A 600 - 3,480000			
601 A 620 - 3,596000			
621 A 640 - 3,712000			
641 A 660 - 3,828000			
661 A 680 - 3,944000			
681 A 700 - 4,060000			
701 A 720 - 4,176000			
721 A 740 - 4,292000			
741 A 760 - 4,408000			
761 A 780 - 4,524000			
781 A 800 - 4,640000			
801 A 820 - 4,756000			
821 A 840 - 4,872000			
841 A 860 - 4,988000			
861 A 880 - 5,104000			
881 A 900 - 5,220000			
901 A 920 - 5,336000			
921 A 940 - 5,452000			
941 A 960 - 5,568000			
961 A 980 - 5,684000			
981 A 1000 - 5,800000			

AVERTIGUACAO CADASTRAL 2017 - ATUALIZE SEUS DADOS NO CADASTRO
UNICO ATÉ 18/08/2017 PARA NÃO PERDER A TARIFA SOCIAL
INFORMAÇÕES PELO TEL: 0800 207 2003
CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBY) P
ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. // IBGE CENS
O AGROPECUARIO 2017: RECEBA BEM O REGENSEADOR DURANTE ENTREVISTA

RESERVADO AO FISCO
D7CC.AE44.EB06.2135.4AA9.005C.747C.F029

Distribuição:	49,80	Base de Cálculo:	17,00%
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	19,08
Transmissão:	0,97	Valor do ICMS:	0,88
Fiscos:	74,00	Valor do P.S:	4,13

SABEMI SEGURADORA S/A
13 DEZ. 2017
RECEBIDO



Eletrobras Distribuição Roraima

Para consulta com o
Eletrobras, informe
seu NOME



Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 501 - Centro - Boa Vista - RR Nº 10 Nota Fiscal
CNPJ: 02.341.476/0001-44 - Ins. Estadual: 24.037.022-3
Nota Fiscal (Conta de Energia Elétrica) - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ/RR/MS

000123426

NOVEMBRO/2017 10/12/2017 1340 745,40
MAREM TAVARES DANTAS
AV. GEN. ATAÍDE TEIVE 2732 LIBERDADE
CPF: 00060895845253
CEP: 69.309-000 - BOA VISTA ROT: 5.001.12.02.027600

34006	24/11/2017
32006	23/12/2017
Atual:	1,000
Anterior:	1340
Constante de Multiplicação:	1340 FCAM
Consumo Medido:	NORMAL
Consumo Estimado:	30

COMERCIAL	1340 A R\$ 0,541976	726,24
Consumo	1340	726,24

AGU/17	1023
JUL/17	761
JUN/17	778
MAI/17	1093
ABR/17	992
MAR/17	1096
FEV/17	1224
JAN/17	1037

TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MEDIO 35,20% RESOLUCAO ANEEL N. 1.333 DE 31.10.17. CASO HAJA COBRANCA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBO) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. RESERVISTA, APRESENTE-SE DE 09 A 16/12/17 NA 1ª BRIG - INF - SELVA

C985.078C 4088.7CDF 3037.720F 018E.2E40

SABEMI SEGURADORA S/A
13 DEZ. 2017
RECEBIDO

RESERVADO AO FISCO	217,55	726,24
COMPRESSOR DE GÁS	14,50	17,00
Transmissão	146,18	18,72
Encargos		
Tributos		

5,55	11,10	22,21	3,67	7,35	14,70	3,20
2,80			7,00			1,13

FLORESTA 09/2017 142,2

ROT: 5.001.12.02.027600



Eletrobras Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia 501 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.476/0001-44 - Ins. Estadual: 24.037.022-3

0019699-1
10/12/2017
000123426 - FCAM
745,40
10/12/2017

6367000007 5 45400075000 9 0000000000 0 69911117000 9



SEQ.: 00200 UC: 0019699-1 DT. LEIT.: 24/11/2017 T. ENTR.: 07
LEITURA: 34006 NORMAL TOTAL: 745,40 CARGA: 004
DT. VENC.: 10/12/2017 IRREG.: 000 COLETOR: 1241

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu DENILZE CORREA DANTAS

RG Nº 314265-5 Data de expedição 06/02/2004 Órgão SESP/RR,

CPF nº: 792.657.152-00 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceira:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	General Ataíde Teive
Número	2732
Apto / Complemento	A
Bairro	Liberdade
Cidade	Boa Vista
Estado	Roraima
CEP	69.309-000
Telefone de Contato	(95) 3624-3983 / 99117-5392
E-mail	lidinboavista.pendencias@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

BOA VISTA/RR 07/12/17

Assinatura do Declarante:

Denilze Correa Dantas



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 721206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas no art. 1º, § 1º da Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Luiz Corraça Pontas, inscrito (a) no CPF 792.657.152 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Deiglivan Alves de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 861.771.412 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Deiglivan Alves de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 861.771.412 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

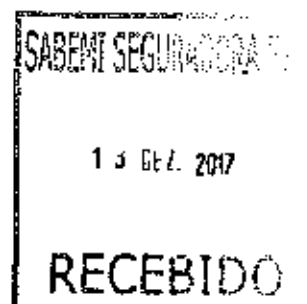
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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 Teive</u>	Número <u>2732</u>	Complemento <u>A</u>
Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-000</u>
E-mail <u>liderboavista.pendencia</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(95) 3624-3983</u>	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99117-5392</u>

Boa Vista - RR, 07 de Dezembro de 2017
Local e Data

Paulo Luiz Corraça Pontas
Assinatura do Declarante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170664705 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 15/07/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: L DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170664705

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

Data do acidente: 15/07/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia direita e fíbula direita.

Descrição do exame médico pericial: Consolidação viciosa, alteração anatômica, limitação dos movimentos do tornozelo direito e instabilidade e limitação da sustentação do membro inferior direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, colocação de placa e parafusos.
Realizou fisioterapia.
Alta médica (12/2017).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do membro inferior direito.

Médico examinador: REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO C

CRM do médico: 1032

UF do CRM do médico: RR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 021206 (atendimento para pessoas com deficiência: 0800 021206).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar.

O beneficiário ou representante legal indicado no **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizado, atendo aos requisitos, sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

- Beneficiário **entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- Assinatura do Representante Legal).
- Beneficiário **entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assinado por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário o que o formulário seja assinado pelo menor do que o beneficiário, e a Assinatura do Beneficiário e Assinatura do Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro: **3170-664240** CPF do Vítima: **864.324.412-34** Nome completo da vítima: **Deijlerson Alvaro de Sousa**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **Deijlerson Alvaro de Sousa** CPF, título, de carte: **864.324.412-34** Profissão: **Desenvolvedor**
 Endereço: **Av. Jardim Glória 16 APTO 103** Número: **580** Carcinômetro: **Apresentando**
 Cidade: **Satélite** Estado: **Roraima** CEP: **69.317-529**
 E-mail: **lides@procto.provincia@hotmail.com** Telefone: **(95) 99117-5392**
 Endereço para envio de comprovante de residência: **Av. Jardim Glória 16 APTO 103** Cidade: **Satélite** Estado: **Roraima** CEP: **69.317-529**

TAXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ **RECEBE RENDAS** ☐ **SEM RENDA** ☐ **ATE R\$ 1.000,00** ☐ **DE R\$ 1.000,00 ATE R\$ 4.500,00**
☐ **DE R\$ 4.500,00 ATE R\$ 7.000,00** ☐ **DE R\$ 7.000,00 ATE R\$ 10.000,00** ☐ **ACIMA DE R\$ 10.000,00**
☒ **CONTA DE PAGAMENTO** (para pagamentos apenas através de cartão de crédito) ☐ **CONTA CORRENTE** (pode ser bancária)
☐ **CONTA DE PAGAMENTO** (para pagamentos apenas através de cartão de crédito) ☐ **CONTA CORRENTE** (pode ser bancária)
 Banco: **0653** Agência: **63369** Conta: **3**
 Agência: **0653** Agência: **63369** Agência: **3**

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização da Seguradora DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta bancária, mediante a confirmação e dou plena quitação do valor indenizado.

Deijlerson Alvaro de Sousa de 2012
Assinatura

Deijlerson Alvaro de Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 8121
FABRICADA 2620 725 7172

030-87091000-5

09/Fev/2018

FURA Q 17:55:47

LDT: 03.24060-5

TECH: 252814

LEI 11.141/2005

16, VENDA ADIC: 0027

CONTINUED: 173224244-5

DEPOSITO EM DINHEIRO

3620 010 00000000 0

DEPOSITO EM ALIAS DE BLOCO

VALOR

ESTE RECEIVO E VALOR COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

030-87091000-5

18 118