

© 2019
KITECH – Schuppen am Teichweg
124 – Vörsenwald am Saale
Tel. 03 67 / 51 99 30

que lo aplicas. Este Hospita



190129196



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.

DIURNO 07-19

25

1901201165 23/12/2019 13:39:44 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário

SALATIEL DE JESUS SOUSA 04/03/1985 34 A 9 M 19 D 708007863278627

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

IDENTIDADE 263148 SSP/RR M NAO INFORMADO PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA

Mãe Contato

MARIA PEREIRA DE JESUS SOUSA NI (95) 99156-1687

Endereço Ocupação

RUA - ITAJARA - 526 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR NÃO INFORMADA

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

ACIDENTE DE MOTO URGÊNCIA

Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:

GRANDE TRAUMA SAMU CAPITAL ANTONIA.SOARES

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Acute vítima de queda de moto, com

Exame Físico

Exoneres com amiss + munit

ECG 15 Freq 80 - CA 100 A

Hipótese Diagnóstica

Espinha 4-5-6 Aborre Dano, Fract.

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Tumor em Lom @ Foto 13/4/19

2) Bipiramide 8 @ 13/4/19

Condição

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

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

IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares

Data Hora: 23/12/2019 13:41:26

1901201165

A

alta 18/01/2020



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.E.R.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

BLOCO A

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Salahet De Jesus Sousa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

177637

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705009801090451

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/03/85

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Marta Pereira de Jesus Sousa

11 - TELEFONE DE CONTATO

95991366756

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua - Rue Apian 526 Prof: Anacni Souto Maier

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

João Costa

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

140010

15 - UF

RR

16 - CEP

69315010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente 8º de 34 anos de idade com
fórmula clíptica de rachos (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Intoxicação por drogas

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

Hb 10 + Eucen + Neutrofilia

fórmula de leucócitos (E)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

Dr. Manoel S.

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

17/01/20

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CÔR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

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

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

17/01/20

0408020458

Dr. Dalsor Feito 523
e Tratado
178 RGE W499



Salatiel de Jesus Souza, M, 492	
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO	Nº

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

N⁺

14:15

15:00

17 06 2020

[illegible]

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Insuf. vacína com 75 mg		via subcutânea	x = Cheque + monitorização
Insuf. vacína 75 mg		via subcutânea	1. Furosemida 75 mg IV
Insuf. vacína 75 mg		via subcutânea	2. M. dazepam 2.5 mg IV
Insuf. vacína 75 mg		via subcutânea	3. Punção pericardial serosa
E			clavicular / guiada p/ USG
F			aséptica / J. 18
G			4. Bepivacína 0,375 % 15 ml
GLICOSE	Líquidos		pericardial
NDG			5. Punção pericardial axilar
SANGUE			
TOTAL			
OPERAÇÃO			
ANESTESIA			

Mr Daniel

Ar. Dalsde

- Benzalkonium Chloride 0.001% w/v
- Thymol 0.001% w/v
- 5700

EDINO ALLAMANO A. SOARES
Anestesiologista - CRM 820/RJ
RQE 197

⑥ / guiada pa 106 / assept. ca /
 J18
 6 - Aug. sacarina 0,875 % 5 ml
 Lido caína 2 % 5 ml perina
 val.
 7 - cetilaxona 1 g IV



SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Sabaret de Jesus Sousa

Data de Nasc: 04/03/1985 Idade: 34 Setor/leito: 116-3

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim (X) Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (X) Não

Data: 17/01/2020

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO			INTRA-OPERATÓRIO				SRPA							
Cirurgia Proposta:	Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDR-TE	DOR
1. Informações: Jejum (X) Sim () Não Prótese () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim (X) Não Lateralidade () Sim (X) Não PNE () Sim (X) Não Alergia () Sim (X) Não Qual: <u>Não</u> Reserva de Hemoderivado: <u>40</u> () Sim (X) Não Outros: _____	<u>13:34</u>	<u>14:10</u>	<u>14:32</u>	<u>15:00</u>		<u>BPB</u>	<u>OST. FMT. Vaso (E)</u>	<u>0'</u>						
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: (X) Deambulando () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado 3. Sinais Vitais: T: _____ °C R: _____ rpm FC: <u>88</u> bpm PA: <u>120/86</u> mmHg SAT: <u>99</u> % () Regular () Irregular	Cirurgia Realizada <u>OST. FMT. Vaso (E)</u>	Anestesia <u>BPB</u>	Antibiótico <u>Antibiótico</u>	Hemoderivados <u>D.O</u>	Posicionamento	Localização <u>OST. FMT. Vaso (E)</u>	Horário <u>15'</u>	T	FC	PA	SPO2	ALDR-TE	DOR	
4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>Paciente: Febre em</u> <u>SVCs de procedência</u> <u>deletos de estômago</u> <u>fratura de fêmur</u> <u>Medica: Nega</u> <u>Alergia:</u>	Nome: <u>CEFTAZOLIM</u>	Dose: <u>1g</u>	Plasma: <u>1</u>	Plaquetas: <u>1</u>	Antígeno Patológico: (X) Não () Sim () Cultura () Outros: _____	Observações: <u>2 h</u>								
Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Vendicase 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT () Não () Sim N° _____ 12. SVD () Não () Sim N° _____ 13. Outros: _____	Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () RX () Gasometria () Outros: _____	Entrada Hora: _____ Medi cação: _____ CH: _____ Volume: _____ Dreno/Qual: _____ Hora: _____ SVD/Aspecto: _____ Dreno/Qual: _____ Outros: _____	Saída Hora: _____ Medi cação: _____ CH: _____ Volume: _____ Dreno/Qual: _____ Hora: _____ SVD/Aspecto: _____ Dreno/Qual: _____ Outros: _____	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)										
Sinais Vitais: Saída da SO T: _____ °C R: _____ rpm FC: _____ bpm PA: <u>120/86</u> mmHg SAT: <u>99</u> % () Regular () Irregular Destino: (X) SRPA () UTI () outros: _____	Sinais Vitais: T: _____ °C R: _____ rpm FC: _____ bpm PA: _____ mmHg SAT: _____ % () Regular () Irregular	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)												



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE SALATIEL DE JESUS SOUSA					
AGNÓSTICO FX ANTEBRAÇO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	116-3	DATA	17/01/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5ND
2	ACESSO VÊNOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SN
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				10/22 08
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				SN
8	OMEPRÁZOL 40MG EV 1XDIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				
11					
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Ratina
18	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Segue o paciente
do
Exame

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140 x 82	70	19	36,5
18 H	130 x 80	70		36,5
24 H				

DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - RR 2028

às 12:00h Paciente no Leito,
feito Acesso com Jelco n. 18
em m.s.b, Afido SSVV, segue
as unidades da enfermagem.

Isilene Garcia P. Mendes
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 552.039-TE



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Marcelo da Silva ANOS, 45
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 18/11/13 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur

NO DIA 19/11/13 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura de fêmur SENDO

OPERADO PELO DR. Dr. Pedro de S. F. Junior E DR. Dr. Roberto

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 18/11/13 ÀS 15h EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 18/11/13 ÀS 15h COM O
DR. Dr. Roberto

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. Roberto

BOA VISTA, 18/11/13

Dr. Pedro de S. F. Junior
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

MÉDICO



SISTEMA DE REGISTRO
INFORMATIZADO

Paciente: **Salatiel De Jesus Sousa**

Sexo: Masculino

Nasc: 04/03/1985

Idade: 34 ANO

Solicitação: 20152395

Número Interno:

Solicitante:

Origem: HGR

Sector: GRANDE TRAUMA

Leito: ÁREA VERMELHA

Data de Emissão: 23/12/2019 14:56

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2015239504

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	9.36 x10 ³ /uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	75.70 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	17.80 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	4.20 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	1.60 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.70 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4.81 x10 ⁶ /uL	4.32 - 5.52 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	15.50 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	46.20 %	40.0 - 50.0 %
VCN	96.30 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	32.30 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33.60 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	12.40 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	50.40 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	158.00 x10 ³ /uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
VPM	9.30 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	16.50	9.0 - 17.0
PCT	0.147 %	1.08 - 2.82 %

Sergio A. L. Martins
Bióquímico - CRF/RN 006
006

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cuzino da Paiva - Responsável Técnico - CRF - RN 160

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/12/2019 14:31

(*) Retificado

Página 2 de 3



Hospital Geral de Roraima
Cxx55) 2121 0840-
E-mail: hgr@hgr.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
NÚCLEO DE LABORATÓRIO DE COAGULOGRAFIA

Paciente: Salatiel De Jesus Sousa	Sexo: Masculino	Nasc: 04/03/1985	Idade: 34 ANO
Solicitação: 20152395	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR	Sector: GRANDE TRAUMA	Leito: ÁREA VERMELHA	
Data de Emissão: 23/12/2019 14:56	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 2015239505

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Metodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	12,50 seg	10.0 - 14.0 seg
RNI	0,80	0.8 - 1.2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	26,20 seg	25.0 - 39.0 seg
RATIO	0,96	0.75 - 1.22

Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

Sergio A. L. Martins
Bioquímico - CRF/RR 006
006

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cuzino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 180

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/12/2019 14:31

(*) Rotificado

Página 3 de 3



Hospital Geral de Roraima
Cxx55: 2121 0240
E-mail: hgr@hgr.rr.gov.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 2202
Aeroporto

NUCLEO DE LABORATORIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Paciente: Salatiel De Jesus Sousa	Sexo: Masculino	Nasc: 04/03/1985	Idade: 34 ANO
Solicitação: 20152395	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR	Sector: GRANDE TRAUMA	Leito: ÁREA VERMELHA	
Data de Emissão: 23/12/2019 14:56	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 2015239502

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Pícrato Alcalino

CREATININA

Resultado

1.01 mg/dL

Referência

0.7 - 1.4 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas. O uso recente do dipirona podem interferir nos níveis de creatinina dosada pelo método Enzimático.

DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA SÉRICA (LDH)

Material: SORO

Métodologia: M13 - Cinético Uv

LDH

Resultado

505.65 U/L

Referência

200.0 - 480.0 U/L

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

109.67 mg/dL

Referência

60.0 - 99.0 mg/dL

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

29.16 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

Mª José S. Gomes
Bioquímica
CRF-RR 409

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizine de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/12/2019 14:31

(*) Notificado

Página 1 de 3



Hospital Geral de Roraima
Cxx55) 2121 0240
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306 -
Aeroporto

NUCLEO DE LABORATORIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA



LABORATÓRIO DE DIAGNÓSTICO E REFERÊNCIA
LABORATÓRIO DE DIAGNÓSTICO E REFERÊNCIA

Paciente: Salatiel De Jesus Sousa	Sexo: Masculino	Nasc: 04/03/1985	Idade: 34 ANO
Solicitação: 20152395	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR	Sector: GRANDE TRAUMA	Leito: ÁREA VERMELHA	
Data de Emissão: 23/12/2019 14:56	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 2015239503

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE B (HBSAG)

Material: SORO

Métodologia: M24 - Imunocromatografia

HBSAG

Resultado

Não Reagente

Referência

NÃO REAGENTE

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C

Material: SORO

Métodologia: M24 - Imunocromatografia

HCV

Resultado

Não Reagente

Referência

NÃO REAGENTE

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Material: SORO

Métodologia: M24 - Imunocromatografia

TESTE RÁPIDO 01

TESTE RÁPIDO 02

CONCLUSÃO FINAL

Resultado

Reagente

Reagente

AMOSTRA REAGENTE PARA
INFECÇÃO PELO HIV

Referência

NÃO REAGENTE

SEM REFERÊNCIA

AMOSTRA NÃO REAGENTE

Notas

Este laudo técnico está em acordo com o fluxograma 01 do manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV, aprovado pela portaria nº 29 do Ministério da Saúde de 2013.

Os ensaios para o diagnóstico da infecção pelo HIV realizados pelo Núcleo de Laboratório são conduzidos usando os Kits Bioclin Tri-Line, lote 039 como TR 01 e o Kit Bio-Manguinhos TR-DPP do lote 178SI009Z como TR 02.

O diagnóstico NÃO REAGENTE para infecção pelo HIV no primeiro ensaio não descarta a possibilidade da infecção, devendo ser repetido após 30 dias na persistência da suspeita da infecção pelo HIV.

Resultados conclusivos de infecção pelo HIV em testes rápidos devem ser confirmados por meio da amplificação do RNA viral no exame de CARGA VIRAL da amostra do paciente.

Resultados REAGENTES para infecção pelo HIV no TR 01 e NÃO REAGENTE no TR 02 não podem ser definidos pelo esquema diagnóstico empregado, devendo ser expressa Conclusão Diagnóstica como INCONCLUSIVO para infecção pelo HIV.

Quando a indeterminação do diagnóstico for atestada pelo esquema do fluxograma 01, sugerimos nova solicitação para submissão ao FLUXOGRAMA 03 (SOROLOGIA PARA HIV).

Não existe testes laboratoriais para diagnóstico de infecção pelo HIV que apresentem 100% de sensibilidade e especificidade, sendo plenamente plausível resultados Falso Negativo, Falso positivo e Indeterminado ou Discrepantes na prática diária laboratorial.

MP José S. Gomes
Biotecnologia
CRF-RR 409

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - 044 160

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/12/2019 14:32

(*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
CXX95: 2121 0540
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308
Aeroporto

NUCLEO DE LABORATORIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE **SALATIEL DE JESUS SOUSA**

AGNÓSTICO **FX ANTEBRAÇO**

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

116-3

DATA

18/01/2020

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN

4

DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN

5

TILATIL 20MG EV DE 12/12H

6

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

7

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

8

OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

9

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10

SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN

11

12

13

14

15

16

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

17

SSV + CCGG 6/6 H

18

CURATIVO DIÁRIO

19

20

21

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

1176-3



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Sebastião de Jesus Sousa		
AGNOSTIC	fratura de fêmur (E)		
ALERGIAS			
IDADE	34	HAS	NEGA
LEITO		DM2	NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO		DATA
1	DIETA ORAL LIVRE		HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		SN
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		manter
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		SN
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		16/02-04-10
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		22-06-14
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		SN
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
13	SSVV + CCGG 6/6 H		SN
14	CURATIVO DIÁRIO		Rebin
15	Levofloxacino 1g EV 0610h		curativo
16	Levofloxacino 1g EV 12h		20-08
17			
18			
19			
20			
21			

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

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

Dr. Odinachi Okemini
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18517/PP

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	120x70	70	36
24 H	120x80	86	36,70c

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Salatiel de Jesus Sousa
Responsável Cirurgião Dr. Marcelo Avelar

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO
☒ Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO
☒ Sim () Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
☒ Não () Sim, Qual: _____

VIA/AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
☒ Não
() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
☒ Não
() Sim, e acesso endovenoso adequado para fluidos
Dr. Daniel Soares Ferreira
Médico
CRM-RR 1179

Data 13/01/2020 Assinatura _____ Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. Edson
Al. DAVIEL

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim () Não

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.

() Não se aplica
() Sim,

Qual: ceftriaxona 1g Hora: 14:10

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim
() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim () Não () Não se Aplicam

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

() Sim ☒ Não () Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

() Sim ☒ Não

☒ AO CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

☒ Sim () Não () Não se Aplica

José Luciano dos Santos
CRM-RR 352.112 - ENP
COREN-RR Enfermeiro

Assinatura e Carimbo



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		10:34a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
SALATIEL DE JESUS SOUSA		116.3	177747	17 / 01 / 2020	
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
OST. FMT. RÍO (E)			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
			14:32	15:00	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	DR. MARCELO ALUNA		ANESTESISTA:	DR. EDUO	
1º AUXILIAR	DR. DALSON		RES. ANESTESIA:	R. DANIEL	
2º AUXILIAR	R3. MARCELO		INSTRUMENTADOR		
TIPO DE ANESTESIA: DPB			CIRCULANTE	GUARDE + HULLA	
			TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
7	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		7	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
7	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2.0	
7	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
8	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS Tam M			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
7	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		8	SURGICEL ELETRODOS	
1	SERINGA 03ML		1	CERA/OSSE CATETER 02	
	SERINGA 05 ML		20ml	KIT CATARATA Nº ALCOOL 70%	
	SERINGA 10ML		20ml	GEOFOAM clorexidina ALCOOLICA	
1	SERINGA 20ML		20ml	FITA CARDIACA clorexidina DEG.	
1	GELIO 18		7	OUTROS: ATADUM CMEPSA 20ml	
1	Eq. D. MACO				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE				
	WUARO				
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA				
		MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB- TOTAL	
		TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



Salerhel De Jesus Sousa

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 17.01.20

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.D.H. sob anestesia
- 2) Exame e Antecedentes
- 3) Lavagem de campo Estéril
- 4) Incisão longitudinal de Thompson + abertura por
Manos Lungu - de Veneza de foco de
fratura
- 5) Redução aberta + fixação com placa MP de
07 Oclusores e com Parafusos
- 6) Lavagem radiológica
- 7) L.M.C
- 8) Fratura de Manos de Veneza de foco de
fratura
- 9) Lavagem
- 10) RPA

Phat

Parent, Sister, Paul
+ Le de Fuch
L'encanb. 100 p. 12

+ Die b. l. g. S
 also b. l. g. S
 für C. u. S. u. S.

Paulo Roberto Estrella Junior
11/08/2006 CRM 1506



Pob at

Poat, nature fene
+ Le de Fuch

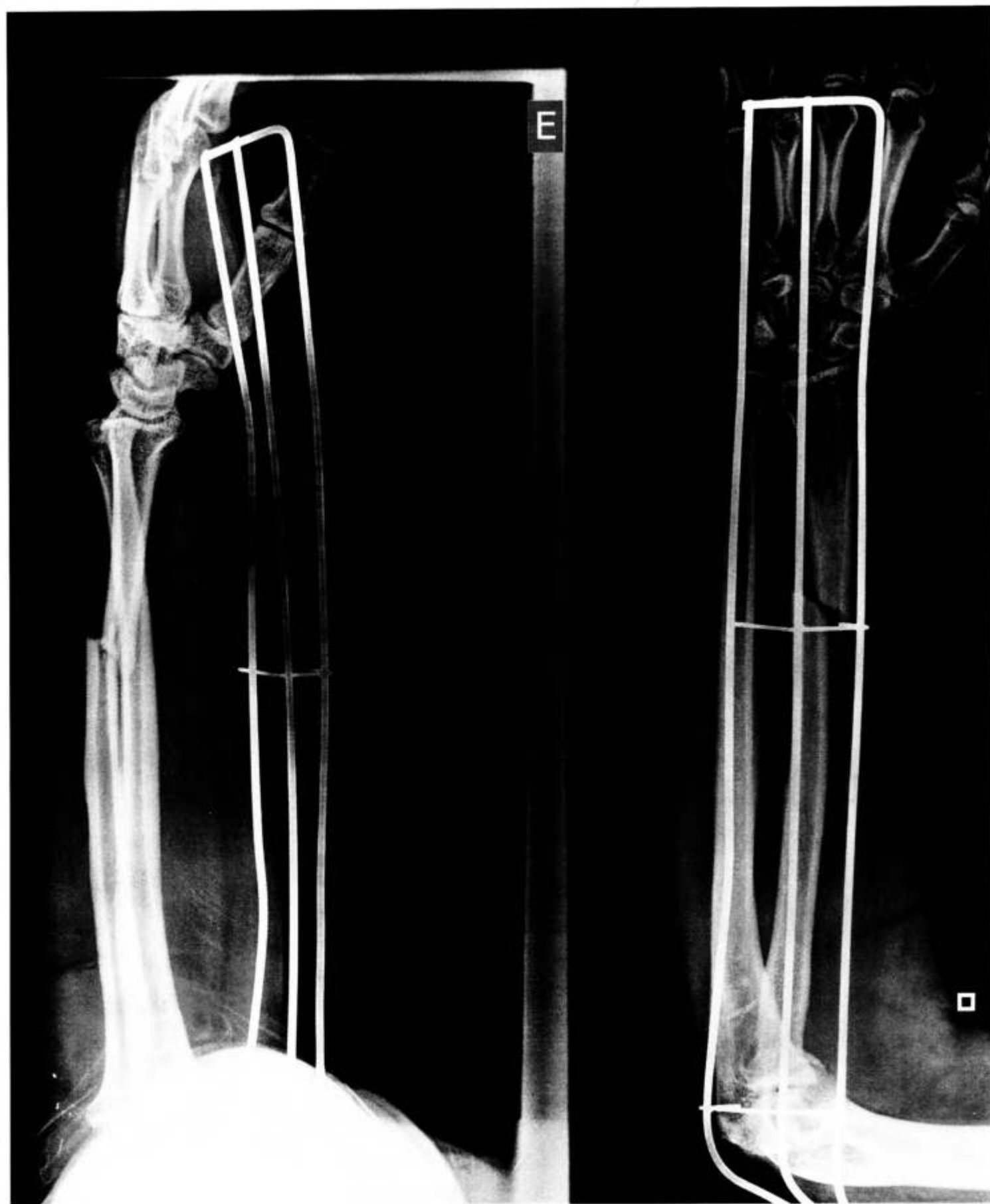
Encomb as p. R

+ Jio b. l. g
plro pante

pu cur per hup

Pablo Barata Echeverria Junior
Médico CRM 1506

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto - Tel (65) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO 27 FEV 2020 Certifico e dou fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi autenticado nesta data.
--







TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

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

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

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, 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

201.89104.71-0

NÚMERO

5752062

SÉRIE

0030

UF

RR

Salatiel de Jesus Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

PÓLEGAR DIREITO



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



SALATIEL DE JESUS SOUSA

FILIAÇÃO: JOSÉ DE SOUSA
MARIA PEREIRA DE JESUS SOUSA
SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 04/03/1985

ESTADO CIVIL: CASADO

NATURALIDADE: SANTA LUZIA - MA

DOCUMENTO: R.G. 263148 SE SP RR 2907/2002

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 017.837.163-71

TIT. ELEITOR: 003399142615

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 05/10/2010

ZONA: 070

Salatiel de Jesus Sousa
Assinatura do Titular

ASSINATURA DO TITULAR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

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 C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEI ILICITA D - ADOÇÃO F - RESCISÃO VOLUNTÁRIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

2 VIA

Perito Papiloscópico do Polícia Civil
Diretor de SUD

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129137/20

Vítima: SALATIEL DE JESUS SOUSA

CPF: 017.837.163-71

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 23/12/2019

Titular do CPF: SALATIEL DE JESUS SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

SALATIEL DE JESUS SOUSA : 017.837.163-71

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: 04/05/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013042196142
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 01 0104349510 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

ANTONIA DE JESUS SOUSA
NOME

943.561.222-91
CPF/CNPJ
PLACA ANT / UF 9C2KC1660FR040812
CLASS

PAS/MOTOCICLETA/NO APLIC. ALCOBENSUEL
HONDA/CG 150 TITAN EX
MARCA/MODELO
2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU
COR PREDOMINANTE BRANCA

1. *PAGU* VENC. COTA ÚNICA 1.*****
P ** FAVELA VENC. COTA ÚNICA 2.*****
V ** FAVELA VENC. COTA ÚNICA 3.*****
A ** FAVELA VENC. COTA ÚNICA

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$0.7 PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$185.5 DATA DE PAGAMENTO 09/03/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO PROIBIDA A MAZON OCUPADA
OBSERVAÇÕES
Antonio Francisco Bezerra Marques
Diretor Presidente

BDA VISTA-RR LOCAL DE TRAN-RR DATA 19/07/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013042196142 BILHETE DE SEGURO DPVAT

943.561.222-91
EXERCÍCIO 2018
DATA EMISSÃO 19/07/2018

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 943.561.222-91
CPF/CNPJ
PLACA
0104349510
RENAVAM
HONDA/CG 150 TITAN EX
MARCA/MODELO
2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU
COR PREDOMINANTE BRANCA

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) R\$81.29
DENATRA (R\$) R\$9.03
CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$0.7
OF (R\$) R\$185.5
PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$185.5
DATA DE PAGAMENTO 09/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200165703 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SALATIEL DE JESUS SOUSA **Data do acidente:** 23/12/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200165703 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SALATIEL DE JESUS SOUSA **Data do acidente:** 23/12/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Salatiel de Jesus Sousa
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: _____
Nº DO RG: 263198 ÓRGÃO EMISSOR: _____
DATA DE EMISSÃO: 23.01.20
Nº CPF: 017.834.163-71
ENDEREÇO: R. Rio Apicim Nº 526 Bairro. Uracelis maior

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Figueira
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: _____
Nº DO RG: 239414 ÓRGÃO EMISSOR: _____
DATA DE EMISSÃO: 23.01.20
Nº CPF: 825.896.343-20
ENDEREÇO: CC 11 Nº 294 Bairro. Uniceira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Imobilidade, 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, 23 de Janeiro de 2020

Salatiel de Jesus Sousa
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Rua 14 de Abril, 141 - Boa Vista - PE
Fone: (085) 3637-1111
E-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de SALATIEL DE JESUS SOUSA

Em testemunho de verdade EQLC
Boa Vista, 23 de Janeiro de 2020
Não consulte o site e assine em cidades portais www.com.br
UFPECFIR184296-ITNPKSEUEQWZ08

175.499
Marta Maria da Silva
Tabela Substituta

Impressão: R\$ 2,40 Fundos ISS: R\$ 2,55 SELOR: R\$ 1,50 Total: R\$ 6,45

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129137/20

Vítima: SALATIEL DE JESUS SOUSA

CPF: 017.837.163-71

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 23/12/2019

Titular do CPF: SALATIEL DE JESUS SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

SALATIEL DE JESUS SOUSA : 017.837.163-71

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: 04/05/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200165703 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SALATIEL DE JESUS SOUSA **Data do acidente:** 23/12/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200165703 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SALATIEL DE JESUS SOUSA **Data do acidente:** 23/12/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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: 14/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SALATIEL DE JESUS SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000002441-4

Nr. da Autenticação E02385D8C74F955E

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200165703

Vítima: SALATIEL DE JESUS SOUSA

Data do Acidente: 23/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SALATIEL DE JESUS SOUSA

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, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200165703

Vítima: SALATIEL DE JESUS SOUSA

Data do Acidente: 23/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SALATIEL DE JESUS SOUSA

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: SALATIEL DE JESUS SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003905

Conta: 000000002441-4

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 017.837.163-71 3 - CPF da vítima: 017.837.163-71 4 - Nome completo da vítima: Salatiel de Jesus Sousa

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

5 - Nome completo: Salatiel de Jesus Sousa 6 - CPF: 017.837.163-71
7 - Profissão: Boleiros Gerais 8 - Endereço: R. Rio Apiaçu 9 - Número: 536 10 - Complemento:
11 - Bairro: Avelar Moura 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.315-016
15 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 090908 CONTA: 0002441 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 (vencidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista, RR, 06 de Abril de 2020

x Salatiel de Jesus Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007794/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/02/2020 11:04 Data/Hora Fim: 20/02/2020 11:18
Origem: Data: 20/02/2020
Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 23/12/2019 12:13

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Professora Araceli Souto Maior
Logradouro: RUA RIO APIAÚ

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SALATIEL DE JESUS SOUSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 04/03/1985 Idade: 34 anos
Naturalidade: MA - Santa Luzia Profissão: Pedreiro Escolaridade: Ensino Fundamental Completo
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Maria Pereira de Jesus Sousa Nome do Pai: José de Sousa

Documento(s)

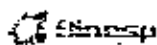
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 017.837.163-71

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rua apiáú Nº: 526
Bairro: Professora Araceli Souto Maior
Telefone: (95) 99156-1687 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 943.561.222-91	Placa NUI8783
Renavam 01043499510	Número do Motor KC16E6F040812
Número do Chassi 9C2KC1660FR040812	Ano/Modelo Fabricação 2015/2015
Cor BRANCA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX
Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido



Delegacia de Polícia Civil: Eric Silva Pereira
Impresso por: Rosana Jucara Vilela Moreira
Data de Impressão: 20/02/2020 11:19
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007794/2020

Última Atualização Denatran 20/03/2018

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Salatiel de Jesus Sousa

Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

QUE NA DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS, ESTAVA NO CARONA DA MOTO PLACA NUI8783, QUANDO A CONDUTORA ANTONIA DE JESUS SOUSA, AO PASSAR POR CIMA DE UM BURACO, SE DESEQUILIBROU CAUSANDO O ACIDENTE; QUE O COMUNICANTE FRATUROU O BRAÇO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA-HGR; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS

Rosana Jucara-Vileca Moreira
Agente de Polícia
Matrícula 42000370
Responsável pelo Atendimento

Salatiel de Jesus Sousa
(Vítima / Comunicante)

"Declara para os devidos fins de efeito que sou o(a) Unitário(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei agora, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação 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: 017.837.163-71 3 - CPF da vítima: 017.837.163-71 4 - Nome completo da vítima: Salatiel de Jesus Sousa

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

5 - Nome completo: Salatiel de Jesus Sousa 6 - CPF: 017.837.163-71
7 - Profissão: Servidor Público 8 - Endereço: R. Rio Apiaçu 9 - Número: 536 10 - Complemento:
11 - Bairro: Avelar Moura 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.315-016
15 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 090908 CONTA: 0002441 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 (vencidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista, RR, 06 de Abril de 2020

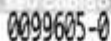
x Salatiel de Jesus Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

CPF: 00097649929272

		INDICADORES DE CONTINUIDADE					
	Menor	Trimestral	Anual	Menor	Trimestral	Anual	
Exercício	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
Previsão	6,28			2,00			5,07
Conjunta	DISTRITO			Período de operação: 10/2019			Euro: 245,62

13 VIA

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

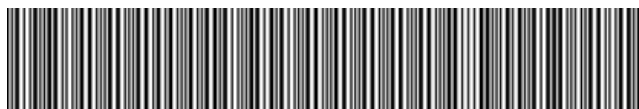
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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 Ouidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabeleça 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 ADERTA, 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 9.513/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Salatol de Jesus Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.837.163 / 71
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Salatol de Jesus Sousa
inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.837.163 / 71 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua EC 18</u>	Número: <u>293</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Louza Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco999@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-085</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3835</u>

Local e Data: Boa Vista RR 06 de Abril de 2020

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante