



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR 340B

Dr. John Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE Inês Eloisa Ramos Rincón, brasileiro(a),
estado civil: solteira, Profissão: Estudante,
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG _____ SSP/_____
e inscrito(a) no CPF/MF nº 306.568.312-51, residente e domiciliado
(a) na Rua: João Cortes Amegones, nº 605,
Bairro: Cidade Satélite, no
município Boa Vista/RR, telefone: (95) 99151-2816, E-mail:
_____, vêm através de seu advogado in fine
assinado, com escritório profissional na Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa
Vista - Roraima, por este instrumento particular nomeia e constitui seus
procuradores,

OUTORGADOS: SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº,
317B, Dra. PAULA RAFFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
1.376, a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a
cláusula *ad judicium et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou
oponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme
estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir
provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer,
apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e
receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada,
receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,
enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários
para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom,
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro
Obrigatório DPVAT,

Boa Vista /RR 02 de Junho de 2020.

Inês Eloisa Ramos Rincón

Outorgante

CPF/MF nº



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 3178

Dra. Paula Rafaela Pulha de Souza
OAB/RR 3408

Dr. John Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: Ines Elvira Ramos Pinheiro,
estado civil Solteira, RG nº _____, e CPF
nº 706.568.312-51, residente e domiciliado (a) na
Rua: José Carlos Amazonas n: 605 Bairro:
Cidade Satélite, Cidade Boa Vista
- Roraima, telefone (95) 99151-4816.

DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa
que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com
eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da
lei 1.060/50. Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a
presente declaração.

Boa Vista RR, 02 de Junho de 2020.

Ines Elvira Ramos Pinheiro

DECLARANTE

SEI PF - 6066481 - Refúgio: Protocolo Provis. de Solicit. de Ref... https://sei.dpf.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprim...

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MESP - POLÍCIA FEDERAL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE IMIGRAÇÃO - DELEMIG/DREX/SR/PF



Documento Provisório de Identidade de Estrangeiro DADOS DO ESTRANGEIRO Nome: INES ELOISA RAMOS RINCONES Nome do pai: CIRO OSWALDO RAMOS MARQUEZ Nome da mãe: EMIRSE DEL CARMEN RINCONES Data de nascimento: 10/06/1986 Gênero: FEMININO Nacionalidade: VENEZUELA Assinatura:		MINISTÉRIO DA JUSTIÇA COMITÊ NACIONAL PARA REFUGIADOS Protocolo nº.: 08485.012245/2018-23 Data de Expedição: 23/03/2018 Data de Validade: 23/03/2019
	Tipo do pedido: SOLICITAÇÃO DE REFÚGIO Solicitação nos termos da Lei 9.474/1997 Anexo I da Resolução CONARE nº 18/14	
A Lei 9.474/1997 assegura ao portador deste documento que "em hipótese alguma será efetuada sua deportação para fronteira de território em que sua vida ou liberdade esteja ameaçada, em virtude de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opinião política" (Artigo 7, §1). Este protocolo é documento de identidade válido em todo o território nacional e é prova da condição migratória regular do seu titular. O titular deste protocolo possui os mesmos direitos de qualquer outro estrangeiro em situação regular no Brasil e deve ser tratado sem discriminação de qualquer natureza.		
Assinatura do servidor (Assinar eletronicamente)		O titular deste protocolo deverá manter os seus contatos atualizados e comunicar a Polícia Federal e ao CONARE em caso de qualquer alteração em seu telefone, endereço e e-mail. A comunicação pode ser feita pelos seguintes meios: - pessoalmente, na Delegacia de Polícia Federal mais próxima - por escrito, para o e-mail conare@djf.gov.br - pelo telefone (61) 2025-9225. Assinatura: (assinado eletronicamente)



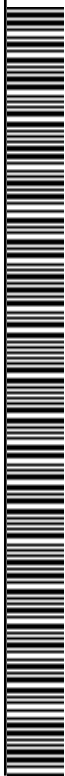
Documento assinado eletronicamente por FRANCISCO OTHON DE ALENCAR GADELHA, Agente Administrativo, em 23/03/2018, às 15:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.dpf.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 6066481 e o código CRC FD4E26E2.

Referência: Processo nº 08485.012245/2018-23

SEI nº 6066481





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
706.568.312-51

Nome
INES ELOISA RAMOS RINCONES

Nascimento
10/06/1986

CÓDIGO DE CONTROLE
3165.C8DF.2824.A22C



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:26:51 do dia 02/04/2018. (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



"DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA"

Eu, Dandia Maia Cabral,
portador(a) do RG nº 46 378, expedido pelo SSP/RR,
inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 112 389 502 - 30 **DECLARO** para
os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83),
que o Sr.(a) Ines Eloisa Ramos Pincones,
portador(a) do RG nº 17 090 208, expedido pelo Venezuela,
e inscrito no CPF/MF sob o nº 706 568 312 51, é residente e domiciliado
na Rua João Carlos Amazonas, 610 Cidade Satélite.
Declara ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na
sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

"Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.
Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Boa Vista-RR, 26 de outubro de 2018

CARTÓRIO
LOUREIRO

Dandia Maia Cabral

Declarante

(Reconhecer a Assinatura)

Favor anexar cópia de algum comprovante do endereço declarado
(Água, luz ou telefone).

REC. SEMELHANTE a(s) assinatura(s)
(Nome) - DANDIA MAIA CABRAL
Cadastrado em nome do declarante ou genitores.
da verdade, Boa Vista, 29/10/2018
Emol: 2,40, FUNDEJURR: 0,24, FISC: 0,12, FECON: 0,12, ISS: 0,12
Selo: REC FIR 1583458OVGMJASKZPRDT19
Consulte seu selo: <https://cidadeao.portalsetorr.com.br>
CPF Solicitante: 35327901491

DA JOSIEL LOUREIRO
TABELADO SUBSCRITORES

Luizson
Carlos Coutinho Weber
Cartório Autorizado
Cartório 1º Turno



Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ezequiel, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ind. Elétrico: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Beto B-1
Registre-se para a emissão autorizada pelo DETPAZ 308/13

Para cancelar com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0006361-5

Nº da Nota Fiscal: 001601711

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTA MES: OUTUBRO/2018

VENCIMENTO: 01/11/2018

CONSUMO (kWh): 124

TOTAL A PAGAR (R\$): 92,13

DANGLIA NAJA CABRAL
R: JOAO CARLOS ANAZONAS 610 CIDADE SATELITE
CPF: 00011238950230
CEP: 69.317-550 - BOA VISTA

ROT: 32.001-24-05-035400

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
kWh	kVAh		
Atual: 215		Atual: 13/10/2018	
Anterior: 91		Anterior: 12/09/2018	
Constante de Multiplicação: 1,000		Tratamento: 13/11/2018	
Consumo Médio: 124		Extensão: 11/10/2018	
Consumo Estimado: 124	ECVA	Reconhecimento: 13/10/2018	
Consumo de Referência: 124		Data de Consumo: 31	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Sub-classe	Uso	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	BT	1061728677		1.1.1.2	81

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês	Consumo		
SET/18	91	CONSUMO 124 A R\$ 0,56045 =	70,50
AGO/18	104	CORREÇÃO MONETÁRIA TG 09/18-00	0,13
JUL/18	113	MULTA POR ATRASO DE 1 09/18-00	0,55
JUN/18	127	JUROS DE HORA POR ATR 09/18-00	0,04
MAI/18	47	MULTA POR ATRASO 09/18-00	1,70
ABR/18	37	JUROS DE HORA DE INPO 09/18-00	0,19
MAR/18	51	ILUMINACAO PUBLICA	18,96
FEV/18	61		
JAN/18	192		
DEZ/17	150		

MENSAGENS IMPORTANTES / REATIVO DE VENCIMENTO

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBO) É OBRIGAÇÃO SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIQUE 0800703120 E FAÇA SEU PAGAMENTO EM 11-10-21-28. Paralelamente, até o dia 12/10/2018, não constituímos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO FÍSICA

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)		TAXAS E OUTROS (R\$)	
Distribuição:	21,25	Base de Cálculo:	70,56
Energia:	33,99	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	11,99
Extensão:	1,41	Valor do CPIS:	0,34
Taxa de:		Valor do COPIS:	1,58

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DT	FC	OMG	OCSS			
	Máximo	Atual	Máximo	Atual	Máximo	Atual	
Contínua	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034363/2018-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/09/2019 09:15 Data/Hora Fim: 09/09/2019 09:31
Delegado de Polícia: Fernando Edson Clegerio Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 10/05/2018 16:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Cidade Satélite

Logradouro: Av. Padre Archetti com BR 174

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Motivos Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não há

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: INES ELONISA RAMOS RINCONES (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Venezuelana

Naturalidade: MATURRILHA, ONAÇA - São Raimundo

Nasc: 10/05/1986

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteira(a)

Nome da Mãe: Emília de Carmem Rincónes

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua João Carlos Amazonas

Bairro: CIDADE SATELITE

OBJETOS ENVOLVIDOS

Grupo: Veículo	Situação: Cópia
Descrição: moto	Veículo Adulterado: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Encliv

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário

RELATÓRIO/HISTÓRICO

A vítima veio à essa unidade comunicar que no dia 10/05/2018 por volta das 16:30 horas foi atropelada por uma motocicleta, a vítima não soube informar a placa tendo em vista que a motocicleta possuía uma placa falsa. Após o acidente a comunicante sofreu lesão corporal. Que informou que a polícia civil chegou ao local do acidente. Era o relato.



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Clegerio Gomes
Imprimido por: Ernandes Pereira Lima
Data de Impressão: 09/09/2019 09:31
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

Sistema: Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RJ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034366/2018-A03

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira
Ernandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612

Ernandes Ferreira Lima

Agente de Polícia

Matrícula nº 042000612

Responsável pelo

evento

Ines Eloisa Ramos Rincón

(Comunicante / Vítima)

"Declaro sob as penas da lei de direito que as informações prestadas são verdadeiras e corretas, sob pena de responder criminalmente pela presente declaração que dei de acordo com o artigo 318 do Código Penal Brasileiro."

Atestado de veracidade da assinatura e do nome do declarante, conforme o artigo 318 do Código Penal Brasileiro.

Atesta a ocorrência de fato criminoso e a autoria do crime, conforme a presente declaração que dei de acordo com o artigo 318 do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia: Fernando Escor
Impresso por: Ernandes Ferreira
Data de Impressão: 04/06/2019 13:31
Protocolo nº: 034366/2018-A03

mes

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



10/05/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

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



FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	
Paciente	INES ELOISA RAMOS RINCONES	Data Nascimento	10/06/1986	Idade	31 A 11 M 0 D
CNS	708600040913885	CPF	70856831251	Prontuário	
Orgão Emissor	Documento	Data Emissão		Sexo	F
Estado Civil	NAO	Raça/Cor	PARDA	Naturalidade	VENEZUELA
Mão	EMIRSE DEL CARMEN RINCONES	Contato	CIRO OSWALDO RAMOS MARQUEZ	Ocupação	
Endereço	RUA - PAPA JOÃO PAULO II - 2312 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR				
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Procedência	Temp.	Peso	Press
ATROPELAMENTO	URGÊNCIA	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por: FLAVIO ALVES		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				
Queixa Principal	29 MAR 2018 Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem	GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR		GSC	TOTAL	
		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)					
Vítima de acidente motor a 314 com lesão de perna					
Exame Físico					
LF: cor e temperatura do pé direito 25°					
Hipótese Diagnóstica					
FRACTURA DE TIBIA ETD.					
SADT - Exames Complementares					
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____					
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
Tibia e fêmur com fratura					
Diploia					
As 18:20					
Conduta					
☐ Alta por Decisão Médica			☐ Ambulatório		
☐ Alta a Pedido			☐ Observação (Até 24h)		
☐ Alta a Revelia			☐ Internação		
☐ Transferência para: ON fypedis			Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____		
óbito					
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família					
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico		
Impresso por: flavio.alves Data Hora: 10/05/2018 17:52:12			Recebido de L. Pinheiro Clínica Especial CRM-227-RR		

10/05/2018

Guia de Atendimento 02

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



1800948727		10/05/2018 17:50:28		FICHA DE ATENDIMENTO				TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		38	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário			
INES ELOISA RAMOS RINCONES		10/06/1986		31 A 11 M O D		708600040913885		70856831251					
Tipo Doc		Documento		Orgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil		Raça/Cor	
								F		NAO		PARDA	
Mão		Informado		Cidade		Naturalidade		Venezuela					
EMIRSE DEL CARMEN RINCONES		CIRIO OSWALDO RAMOS MARQUEZ											
Endereço													
RUA - PAPA JOAO PAULO II - 2312 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR													
Class. de Risco		Plano Convênio		Validade		Autorização		Sis Prenatal					
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE											
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Procedência		Temp.		Peso		Pressão			
ATROPELAMENTO		URGÊNCIA											
Selo		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:					
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL		29 MAR 2019				FLAVIO ALVES					
Queixa Principal													
Anamnese de Enfermagem								GSC		TOTAL			
								AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)													
Vítima de colisão moto e 3ª com altura de pouco													
Exame Físico													
LF. por 1 de umidade de 10 pontos 25													
Hipótese Diagnóstica													
FRATURA DE TÍBIA RT.													
SADT - Exames Complementares													
☒ RAIO - X		☐ ULTRA - SON		☐ TC		☐ SANGUE		☐ URINA		☐ ECG		☐ OUTROS:	
PRESCRIÇÃO													
Trauma de tibia com fratura													
Dx: 97.20													
APRAZAMENTO													
OBSERVAÇÃO													
Conduta													
☐ Alta por Decisão Médica		☐ Ambulatório											
☐ Alta a Pedido		☐ Observação (Até 24h)											
☐ Alta a Revelar		☐ Internação											
☐ Transferência para:		Data e Hora da Saída/Alta:											
óbito													
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não		Destino: ☐ Família											
Assinatura do Paciente ou Responsável													
Carimbo e Assinatura do Médico													
Impresso por: flavio.alves													
Data Hora: 10/05/2018 17:52:12													
1800948727													

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJSPD 6BPBN RYN56 LND3A

Declaro que o presente é uma cópia fiel e verdadeira do original que se encontra em meu poder e que a mesma foi produzida por mim ou por meu representante legal.

W. Santos RX Pung

Dr. Paulo Sérgio de Souza
Autenticado
Carta de 2007
10 MAR 2018



12/07/2018

Guia de Atendimento 02 ...

AZUL

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



1800980380	12/07/2018 19:20:18	FICHA DE ATENDIMENTO	CLINICA MEDICA	NOTURNO 19-	51
Paciente INES ELOISA RAMOS RINCONES	Data Nascimento 10/06/1986	Idade 32 A 1 M 2 D	CNS 708600040913885	CPF ⁰⁷ 70656831251	Prontuario
Tipo Doc Documento	Orgao Emissor/Data Emissao	Sexo F	Estatdo Civil NAO	Raca/Cor PARDA	Naturalidade VENEZUELA
Mse EMIRSE DEL CARMEN RINCONES		INFORMADO		Contato (95) 99153-1139	Ocupacao
Endereco RUA - JOAO CARLOS AMAZONAS - 610 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR					
Class. de Risco AZUL	Plano Convênio SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Pronatol
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso 100 x 60
Selo PRONTO ATENDIMENTO	Tipo de Caso CARECA DE SINISTROS - DPVAT DEMANDA ESPONTANEA VERIFICADO	Procedimento Sol.		Registrado por: CLAUDÉCI RODRIGUES	
Queixa Principal retorno com ortopedia		() Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem nega dm e has			GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA -					
Exame Físico					
Hipótese Diagnóstica					
SADT - Exames Complementares					
() RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:					
PRESCRIÇÃO					
APRAZAMENTO					
OBSERVAÇÃO					
Conduta					
() Alta por Decisão Médica () Ambulatório () Observação (Até 24h)					
() Alta a Pedido () Internação					
() Alta a Revelia					
() Transferência para:					
óbito					
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável					
Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: Isabel Data Hora: 12/07/2018 19:46:51					

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006



BLOCO B

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				2 - DATA DE EMISSÃO 29 MAR 2019		3 - CID	
4 - CNES				5 - GENTE SEGURADORA S/A			
6 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 6.1 - NOME DO PACIENTE 6.2 - N° 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, N°, BAIRRO)				13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO				15 - UF		16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO Prontidão para internação para na TUBA + TUB + TUB							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO TUB + TUB							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) TUB + TUB + TUB							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO TUB + TUB + TUB							
21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO PROCEDIMENTO SOLICITADO TUB + TUB							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA, 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO, 28 - DOCUMENTO, 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE, 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO, 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO, 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO, 35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO, 36 - CNPJ DA SEGURADORA, 37 - N° DO BILHETE, 38 - SÉRIE							
39 - CNPJ EMPRESA, 40 - CNAE DA EMPRESA, 41 - CBOE							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA, 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR, 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR, 45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
46 - DOCUMENTO, 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO, 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		INOS ELORA RIMES RORAIMA			
DIAGNÓSTICO		FX HUMERO + TUB. E			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	12/02/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				12-18
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H <i>Susp.</i>				
4	TILATIL 20mg 12/12hs				12-18
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				3N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				3N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				3N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				3N, 4, 22
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				3N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				Atenção
14	CURATIVO DIARIO				Atenção
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) ATÉ 180 UNIDADES POR DIA CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 3UI; 301-350: 4UI; 351-400: 5UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
VOLUÇÃO MÉDICA:					
Ao bloco para programação cirúrgica					
<i>Intubado 22-419</i> <i>PA 126 X 77</i> <i>FC 125</i> <i>TAX 35, 2%</i> <i>DEXTRO 100mg/dl</i>					
<i>20/02/2020</i> <i>Dr. Marcos Brunner</i> <i>Médico Residente</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM 193.188</i>					
<i>29 MAR 2019</i> <i>GENTE SEGURADORA S/A</i> <i>Ax. Capão João Bezerra, 484 - Boa Vista - PE</i>					
<i>Kátia Magra S. de Castro</i> <i>Enfermeira</i> <i>COREN-RR 124.189-ENF</i>					
SINAIS VITAIS					
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.					



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	INES ELOISA RAMOS RINCONES	
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE TIBIA + TNZ E	
ALERGIAS	HAS	NEGA
DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	DATA
13/07/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	3:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	10:00
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	SUSPENSC
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	SUSPENSC
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	
14	CURATIVO DIÁRIO	
15		
16		
17		
18		
19		
20		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	T	FC	PA
6 H			
12 H			
18 H	36.4	69	100/70
24 H	36.5	76	116/75

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Cemal Brasil Little
Técnica de Estomatologia
Coren-RR 001.093

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia PRESCRIÇÃO MÉDICA																														
DATA DE ADMISSÃO	12/07/2018	DIH		DN	10/06/1986																									
PACIENTE INES ELOISA RAMOS RINCONES																														
AGNÓSTICO FRATURA TIBIA E TORNOZELO ESQUERDO																														
ALERGIAS		HAS		DM2																										
IDADE	32	LEITO	204-2	DATA	14/07/2018																									
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE				S/D																									
2	AVP				manter																									
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				SC																									
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S/N																									
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				S/N																									
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				S/N																									
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N																									
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N																									
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/N																									
13	CURATIVO DIÁRIO				Retina																									
14	SSVV + CCGG 6/6 H				12/18 24/06																									
15																														
16																														
17																														
18																														
19																														
20																														
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 29 MAR 2018 GENTE SEGURADORA S/A Av. Cayllão João Barreto, 414 - Ruy Meta - RR																														
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, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES																														
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.																														
# SOLICITADO:																														
# CONDUTA:																														
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO																														
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO																														
 Dr. Odinachi Okemiri Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM: 19817/MR																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>100/60</td> <td>77</td> <td></td> <td>36°</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>100/60</td> <td>70</td> <td></td> <td>36°</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>100/60</td> <td>70</td> <td></td> <td>36°</td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS					6 H	PA	FC	FR		12 H	100/60	77		36°	18 H	100/60	70		36°	24 H	100/60	70		36°
SINAIS VITAIS																														
6 H	PA	FC	FR																											
12 H	100/60	77		36°																										
18 H	100/60	70		36°																										
24 H	100/60	70		36°																										



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	12/07/2018	DIH		DN	10/06/1986
PACIENTE	INES ELOISA RAMOS RINCONES				
DIAGNÓSTICO	FRATURA TIBIA E TORNOZELO ESQUERDO				
PROGNÓSTICO		HAS		DM2	
IDADE	32	LEITO	294-2	DATA	11/07/2018
EM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				Minto
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				ROTTINA
14	SSVV + CCGG 6/6 H				12/18/24
15					
16					
17					
18					
19					
20					
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTENIDO NÃO VERIFICADO					
29 MAR 2019					
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR					
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					
SOLUÇÃO MÉDICA:					
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES					
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.					
SOLICITADO:					
CONDUITA:					
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO					
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	106	66	78		
18 H	106	66	78		
24 H	106	66	78		
				Dr. Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia	

6:hs
PA - 106 x 66
P - 78
T - 36°



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	26/07/2018	DIH		DN	10/06/1986
PACIENTE	INES ELOISA RAMOS RINCONES				
AGNÓSTICO	FRATURA DE TIBIA E TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS					
IDADE	32	HAS		DM2	
		LEITO	414-1	DATA	27/07/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16					
17					
18					
19					
20					
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, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	103/70	96	20	36,3
24 H	100/72	95	20	36,5

Dr. Odipachi Okemiri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia

13 às 19hs. Realizando AVP em MSE com selco 18, Adm med. de horário. Aferido SSVV, segue aos cuidados da enfermagem. Tec. Felipe

Julio Maria Ferreira de Souza
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 573.674-TE

OG - PA - 94/67
 D - 22
 T - 36,3

BLOCO D

ERA

414.1 988896

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				231965-9	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR				231965-9	
Identificação do Paciente				5 - Nº. DO PROR. DÚPLIO	
6 - NOME DO PACIENTE				00166794	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
708880040913885				10/06/1986	
9 - SEXO				10 - RAÇA / COR	
3 - Feminino				PARDA	
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO	
EMIRSE DEL CARMEN RINCONES				(95) 99153-1139	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO	
INES ELOISA RAMOS RINCONES				(95) 99153-1139	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
RUA: JOAO CARLOS AMAZONAS - 610 - - CIDADE SATELITE				140010	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				18 - UF	
BOA VISTA				RR	
19 - CEP				69.316-708	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
24 - CID 10 PRINCIPAL					
25 - CID 10 SECUNDÁRIO					
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
29 - CLÍNICA					
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
31 - DOCUMENTO					
32 - Nº. DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
26/07/2018					
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
39 - CNPJ DA SEGURADORA					
40 - Nº. DO BULETE					
41 - SÓCIE					
42 - CNPJ DA EMPRESA					
43 - CNES DA EMPRESA					
44 - CIOR					
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - COD. ORGÃO EMISSOR					
48 - DOCUMENTO					
49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)					
52 - NÚMERO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTÊDOR DE VERIFICAÇÃO
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

29 MAR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Barreto, 414 - Boa Vista - RR

OKy

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel: (95) 2121-2621
AUTENTICAÇÃO
13 SET 2018
Certificação Original
que faz parte deste processo

411-1



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Ines Elaise Ramos Pinheiro 32 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 26.07.18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura tibia e fêmur (E)

NO DIA 1/1, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 28.07.18, AS 15:00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 01.08.18, AS 7:30h, COM O
DR. Paraná

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 DE

Dr. André Okemin
Médico Roraima
Ortopedia e Traumatologia
CRM 186128R

BOA VISTA, 28.07.18

MÉDICO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190245512

Vítima: INES ELOISA RAMOS RINCONES

Data do Acidente: 10/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), INES ELOISA RAMOS RINCONES

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: INES ELOISA RAMOS RINCONES

Valor: R\$ 337,50

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000026591-6

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

Pág: 0177301774 - carta_15R - INVALIDEZ

