
Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200229858

Vítima: ACASSIO PORTO CANDIDO

Data do Acidente: 10/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ACASSIO PORTO CANDIDO

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, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200229858

Vítima: ACASSIO PORTO CANDIDO

Data do Acidente: 10/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ACASSIO PORTO CANDIDO

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\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ACASSIO PORTO CANDIDO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000005780-0

Conta: 0000028255-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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: 3 - CPF da vítima: 00317434209 4 - Nome completo da vítima: ACASSIO PORTO CÂNDIDO

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

5 - Nome completo: ACASSIO PORTO CÂNDIDO 6 - CPF: 00317434209

7 - Profissão: MECÂNICO 8 - Endereço: R: ESTRELA DO SUL 9 - Número: 334 10 - Complemento:

11 - Bairro: BAIRRO DO SUL 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316012

15 - E-mail: NUANNA.50022A71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95991168367

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 57800 CONTA: 282553
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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 não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA, 23/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 3661/2020 - Registrado em: 26/05/2020 às 18h 21min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 10/02/2020 às 14h 10min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: SEBASTIÃO DINIZ

Bairro: SAO VICENTE

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: 2630

CEP:

Tipo de local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

ACASSIO PORTO CANDIDO(32), nascido(a) em 06/10/1987, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de MECÂNICO, CPF Nº 003.174.342-09, País: BRASIL, natural de ITAITUBA-PA, filho(a) de LAURENICE BENEDITA PORTO DA SILVA e JOAO CANDIDO DA SILVA, endereço: ESTRELA DO SUL, cep: 69316-012, Nº: 334, bairro: RAIAR DO SOL, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99176-0425.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: COMUNICO QUE NO DIA 10/02/2020 APROXIMADAMENTE ÀS 14H10, NA AVENIDA SEBASTIÃO DINIZ - BAIRRO SÃO VICENTE, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN DE PLACA: NAK9613 CHASSI 9C2KC28204R003147 DE PROPRIEDADE DE MARIA LUIZA A. CAVALCANTE E QUE TINHA COMO GARUPA A SENHORA ADRIELLY; QUE IA SENTIDO CENTRO/BAIRRO E QUE NA MESMA VIA E NA MESMA DIREÇÃO TRAFEGAVA OUTRO VEÍCULO DA MARCA AMAROK QUE PAROU BRUSCAMENTE NA VIA, MOMENTO EM QUE OCORREU A COLISÃO. QUE SOFREMOS LESÕES CORPORAIS E QUE FOMOS SOCORRIDOS PELO SAMU ATÉ O HGR PARA ATENDIMENTO MÉDICO. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRONICAMENTE

ACASSIO PORTO CANDIDO
COMUNICANTE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DO POLICIAMENTO DA CAPITAL
COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E
RODOVIÁRIO
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

**RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL (ROP)**

ROP nº 3872	Data 10/02/2020	Tipo OUTROS	Und Op CIPTUR	DP
H/Trans 14:10:00	H/Ini 14:10:00	H/Cheg 14:15:00	H/Fim 16:35:55	VTR CIPTUR 09
KM Inicial 23740	KM Fim 23749			
Cód Oc. - 1001		Cód Prov. - 13005 - 13006 - 13010 - 13999		Cód. Ser. Prest. -
Local da Ocorrência RUA: AV. SEBASTIAO DINIZ, Nº 2630, BAIRRO: SAO VICENTE				

PESSOAS RELACIONADAS

ENVOLVIDO	1 ENVOLVIDO			Nome : ROBERTO PEREIRA SANTOS		
	RG: 182039		CPF: 662.897.932-68		Idade: 37	
	Endereço: AV. BENJAMIN CONSTANT, Nº3150, SÃO VICENTE					

2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES: (ID 3872 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: ITEM 01) - TOTAL DE CONDUÇÕES: 1

	2 ENVOLVIDO	Nome: ACÁSSIO PORTO CÂNDIDO	
	RG: 313066-5	CPF:	Idade: 33
	Endereço: RUA BRIGADEIRO OLIVEIRA, Nº197, 13 DE SETEMBRO		

2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES: (ID 3872 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: ITEM 02) - TOTAL DE CONDUÇÕES: 1

	3 ENVOLVIDO		Nome: ADRIELLY SILVA CASTRO	
	RG: 4181859	CPF: 015.059.212-44		Idade: 24
	Endereço: RUA RIO CAROEBE, Nº207, SÃO VICENTE			

2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES: (ID 3872 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: ITEM 03) - TOTAL DE CONDUÇÕES: 1

	4 TESTEMUNHA	Nome: MAVERI LENNO RODRIGUES DE ALMEIDA	
	RG: 4888388	CPF: 006.697.012-11	Idade: 30
	Endereço: RUA ACRE, Nº3510 , DOS ESTADOS		

2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES: (ID 3872 - TIPO: TESTEMUNHA - OBS: ITEM 04) - TOTAL DE CONDUÇÕES: 1

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDIMENTO DE ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMAS LESÃO CORPORAL NO ENDEREÇO SUPRACITADO. NO LOCAL, FOMOS INFORMADOS PELOS ENVOLVIDO: QUE O ITEM 01 (SRº ROBERTO) QUE CONDUZIA O VEICULO VW/AMAROK DE COR PRETA DE PLACAS PBU5149 E TRAFEGAVA NA AV. SEBASTIÃO DINIZ SENTIDO CENTRO=> BAIRRO 13 DE SETEMBRO QUANDO EM FRENTE AO Nº2630 TENTOU ESTACIONAR SEU VEICULO NA MARGEM DIREITA DA AVENIDA QUANDO HOUE A COLISÃO DA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN DE COR VERMELHA PLACA NAK9613 QUE ERA CONDUZIDA PELO ITEM 02 (SRº ACÁSSIO) E TINHA A ITEM 03 (SRª ADRIELLY) COMO PASSAGEIRA E TRAFEGAVA NA MESMA AVENIDA E SENTIDO DO ITEM 01. QUE SEGUNDO A TESTEMUNHA ITEM 04 (SRº MAVERI) O VEICULO VW/AMAROK PAROU BRUSCAMENTE NA VIA QUE OS OCUPANTES DA MOTOCICLETA SOFRERAM LESÕES CORPORAIS (ITEM 02 POSSÍVEL FRATURA NO FEMUR, ITEM 03 ESCORIAÇÕES PELO CORPO) QUE O SAMU FEZ O ATENDIMENTO NO LOCAL E OS REMOUEU AO PSE/HGR PARA ATENDIMENTO MEDICO ESPECIALIZADO. QUE FOI REALIZADO TESTE DO ETILOMETRO NO ITEM 01 (SR ROBERTO) SOB AMOSTRA Nº01157 QUE RESULTOU EM 0,00 mg/L.

QUE FOI ACIONADO A PERICIA IC/PCRR, SENDO REALIZADA PELO PERITO MARLON E SUA EQUIPE. QUE OS VEICULOS FORAM LIBERADOS NO LOCAL. SENDO QUE O VEICULO AMAROK PARA SEU CONDUTOR E A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN PARA O SRº DENER CLEY DE ARAUJO CASTRO (COM AUTORIZAÇÃO DO ITEM 02).QUE O ITEM 02 (SRº ACÁSSIO) NÃO POSSUI CNH/PPD E FOI CONFECCIONADO AUTO DE INFRAÇÃO A157 Nº008251. ERA O QUE TINHA A

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 00317434209 4 - Nome completo da vítima: ACASSIO PORTO CÂNDIDO

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

5 - Nome completo: ACASSIO PORTO CÂNDIDO 6 - CPF: 00317434209

7 - Profissão: MECÂNICO 8 - Endereço: R: ESTRELA DO SUL 9 - Número: 334 10 - Complemento:

11 - Bairro: BAIRRO DO SUL 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316012

15 - E-mail: NUANNA.50022A71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95991168367

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 57800 CONTA: 282553
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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 não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, 23/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 08/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ACASSIO PORTO CANDIDO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05780-0

CONTA: 000000028255-3

Nr. da Autenticação EB6E0C4EDE774C73



CNPJ: 05.930.487/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.095.425-3
RUA MELVIN JONES, 210 - SÃO PEDRO - CEP. 88.306-410

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

Matrícula: 1233653

Fevereiro/2020

Dados do Cliente:

NESSY BONFIM DA CONCEIÇÃO

Endereço para entrega:

RUA ESTRELA DO SUL, NÚM. 06304 - BAIRRO
O SOL BOA VISTA SR 69316-012

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias	
001.032.108.0032.000	15	2095	RESIDENCIAL	
Hidrometro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto	
NÃO MEDIDO		LIGADO	FACTIVEL	
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (m3)	NÚM DE DIAS
LEITURA FAT.			10	0
LEITURA INF.				
DT. LEITURA				

ULTIMOS CONSUMOS

202001 10-0
201912 10-0
201911 10-0
201910 10-0
201909 10-0
201908 10-0
MEDIA 10

Qualidade da Água (Litros por Consumidor)					
Informações dos Aparelhos Registrados no Teto do Duto Horizontal					
DECRETO FEDERAL Nº 5430 - 2005 (L. 30)					
APARELHO	CLASSE	TURBIDAZ	CCR	UTLIZADO	EX. 2000L
ESQUADRO	180	180	180	180	180
ARMATILHADO	242	242	242	242	242
CONFORMES	242	242	242	242	242

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83
MULTA P/IMPONTUALIDADE 12/2019		0,48
JUROS DE MORA 10/2019		0,29

VENCIMENTO: 15/03/2020

TOTAL A PAGAR

24,60



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1233653	02/2020	15/03/2020	24,60

826600000000-2 24600004001-3 00123365301-1 02202020003-0



Via do Cliente

**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: 4464959

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
539180	01/2020	20-DEC-19 a 22-JAN-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1197	10-FEB-20	R\$ 969,04

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**

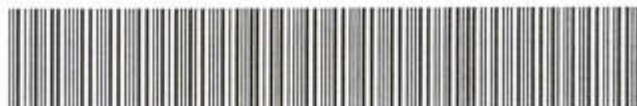
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
539180	01/2020	R\$ 969,04

836500000093.690400750004.000000000539.918001200057



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu LUANA AMORIM DE S. LOPES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 204316382, 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ACASSIO PORTO CANDIDO inscrito (a) no CPF sob o Nº 003174342, 09

do sinistro de DPVAT cobertura INTANDEZ da Vítima ACASSIO PORTO CANDIDO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 003174342, 09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

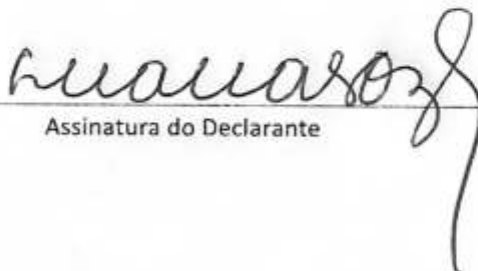
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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 SD.PM. JACINTO J S SILVA</u>	Número: <u>359</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CARANA</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69313572</u>	Tel. (DDD): <u>95991168367</u>

Local e Data: BOA VISTA, 23 DE JUNHO DE 2020.



Assinatura do Declarante

A

Alta: 19/02/2020



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

4 - CNES

BLOCO A

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

178439

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/10/87

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

95 36 249 643

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

140010

15 - UF

R.R.

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

10/11/20

0308010019
T068
5730 V299



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.

Visto UDE
Tale

2001218903 10/02/2020 14:56:26 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 21

Paciente ACASSIO PORTO CANDIDO Data Nascimento 06/10/1987 Idade 32 A 4 M 4 D CNS CPF Prontuário
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 3130665 SSP-RR 16/01/2004 M PARDA ITAITUBA - PA BRASILEIRA
Mãe LAURENICE BENEDITA PORTO DA SILVA Pai JOAO CANDIDO DA SILVA Contato (95) 36249-643
Endereço RUA - BRIGADEIRO OLIVEIRA - 197 - TREZE DE SETEMBRO - BOA VISTA - RR Ocupação

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 DEMANDA ESPONTANEA AURELIANO.ALEXANDRE

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue
Colisão moto x carro.

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Paciente vítima de colisão moto carro, estável, lúcido e orientado, queixando-se de dor em MID.

Exame Físico
A: vias aéreas permeáveis, CC.
B: boa responsabilidade, MVUA, boa perfusão periférica.
C: sem alterações.
D: ECG: IS

Hipótese Diagnóstica
Trauma contuso em MID.

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1- Tramal 100 mg + SFO 0,9% 100ml - 100ml EV lento.		
2- RX de quadril e fêmur direito.		
3- SFO 0,9% 500 ml EV a gote.		
4- Avaliação ortopedica		

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☒ Transferência para: ORTOPEDIA 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: aureliano.alexandre
Data Hora: 10/02/2020 14:57:35

© 2020
PSFE/RR - Hospital Geral de Roraima
Rua 4328 - Boa Vista

Maria Mithey D. de Medeiros
Médica
CRM-RR 1999

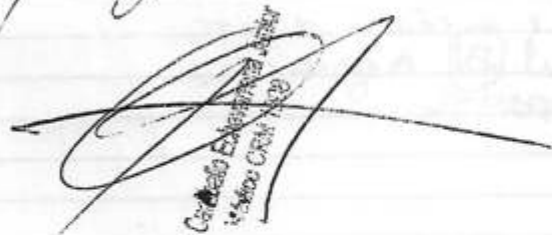


2001218903

URGIA
?

Phick

~~Est~~ lutar qual
Direito reduzir
Juntos com a f
do giro. di
que bligo p m i n
control off -



Atuando Exatidão
14/04/2020

UNIVERSIDADE DE MARFAMA
R. B. G. do Gomes, S/N
Novo Horizonte - Tel: (51) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
22 ABR. 2020
Certifico que a presente
cópia é uma reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE <i>Alm. M. Fortes Cav. et. c.</i>			
AGNÓSTICO <i>Superior Poter de quadril</i>			
ALERGIAS		HAS	DM2
IDADE		LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		20 08
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		18 24 06 12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		20 08
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		18 24 06 10
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		Manter
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		22 06 14
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		S/N
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		Manter
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		Manter
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		S/N
13	SSVV + CCGG 6/6 H		Rotina
14	CURATIVO DIÁRIO		Realizar
15	<i>Manter 40 mg de 2x ao dia.</i>		20
16	<i>Manter imobilização membro inferior.</i>		
17	<i>Realizar redução fratura quadril.</i>		
18	<i>CP. Intato.</i>		
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
 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brig. Eduardo Gomes, 5/N
 Novo Planalto Tel (68) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
 22 ABR 2020
 Certifico e dou fé que a presente
 cópia é fiel reprodução Original
 que foi apresentado neste Hospital

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	126/76	94	-

OGH 118/72 89

Regulado
 para alta

BPA 106-3

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SSVV
 21:00 hs
 7.36.7°C
 PA - 140 x 80



FICHA DE ACOLHIMENTO

1 - IDENTIFICAÇÃO

Data da Internação: 11/02/20 Data do Acolhimento: 11/02/20
Setor: Bloco A Leito: 106-01 Procedência: _____
Nome: Adriano Roberto Cordeiro Idade: 32a
Nacionalidade: Brasileiro Sexo: ☐ F ☒ M
Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Separado ☒ União Estável ☐ Outro: _____ Nº de Filhos: 01
Empregado: ☒ Sim ☐ Não Profissão: Recepcionista
Religião: ☐ Católico ☐ Evangélico ☐ Testemunha de Jeová ☐ Budista ☐ Nenhuma ☐ Outra: _____
Onde reside: Boa Vista Com quem reside: ☐ Pais ☐ Cônjuge ☐ Só ☐ Filhos ☐ Outros: _____
Informante: ☐ Próprio paciente ☐ Acompanhante ☐ Outro: _____
Pessoa (s) de Referência 1 - _____ Vínculo: _____ Tel.: _____
Pessoa (s) de Referência 1 - _____ Vínculo: _____ Tel.: _____

2 - INTERNAÇÃO E DIAGNOSTICO

Motivo da Internação: _____
História da Doença: _____
Tem conhecimento de seu diagnóstico: ☒ Sim ☐ Não Compreende a necessidade do tratamento: ☒ Sim ☐ Não

3 - LIMITAÇÕES

☒ Sim ☐ Não - Se SIM, assinalar limitação: ☐ Auditiva ☐ Visual ☒ Motora ☐ Fala ☐ Outra: _____

4 - ACOMPANHAMENTO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Acompanhante presente: ☒ Sim ☐ Não - Se SIM, quem: ☐ Pais ☒ Cônjuge ☐ Filho (a) ☐ Outros: _____

5 - ASPECTOS EMOCIONAIS E COGNITIVOS

Alteração no nível de consciência	SIM ☐	NÃO ☒	Choro frequente	SIM ☐	NÃO ☒
Queixa-se de tristeza e solidão	SIM ☐	NÃO ☒	Transtorno emocional evidente	SIM ☐	NÃO ☒
Expressão de afeto condizente	SIM ☒	NÃO ☐	Consciência de morbidade	SIM ☒	NÃO ☐
Linguagem fluente	SIM ☒	NÃO ☐	Linguagem coerente/organizada	SIM ☒	NÃO ☐
Atenção preservada	SIM ☒	NÃO ☐	Memória preservada	SIM ☒	NÃO ☐
Pensamento organizado	SIM ☒	NÃO ☐	Orientação auto/alopsíquica preservada	SIM ☒	NÃO ☐
Adequação do sono	SIM ☐	NÃO ☐	Adequação da alimentação	SIM ☒	NÃO ☐

OBS.: _____

Abuso de substância: ☒ Não tem histórico ☐ Álcool ☐ Tabaco ☐ Drogas

6 - REFERENTE À EQUIPE DE SAÚDE E INTERNAÇÃO

Recusa/resistência ao cuidado ou tratamento: ☐ SIM ☒ NÃO Adaptação à internação: ☒ SIM ☐ NÃO ☐

7 - PROCEDIMENTO ADOTADO

Acompanhamento: ☒ Paciente ☐ Familiar ☐ Alta psicológica
Encaminhamento: ☐ CAPS II ou III ☐ CAPS AD ☐ UBS ☐ Outro: _____

8 - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

paciente no auto, com aspectos emocionais e cognitivos preservados. Relatou certo episódio de acidente e a qualidade de vida, supondo que, até a época, estava bem. Acompanhado da esposa - Sr. Paula, acompanhante e mãe do paciente.

RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO: _____

DATA: 11/02/20





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




DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE: ACASSIO PORTO CANDIDO
--

AGNÓSTICO: LX QUADRIL D

ALERGIAS:	HAS	NEGA	DM2	NEGA
-----------	-----	------	-----	------

IDADE:	LEITO	106-1	DATA	11/02/2020
--------	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	S/A
---	------------------	-----

2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Mase
---	--------------------------	------

3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN	S/A
---	----------------------------	-----

4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12/18
---	------------------------	-------

5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	16
---	------------------------	----

6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	S/A
---	---	-----

7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	S/A
---	---	-----

8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	10/6
---	-------------------------	------

9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/A
---	---------------------------------	-----

10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN	S/A
----	---	-----

11		
----	--	--

12		
----	--	--

13		
----	--	--

14		
----	--	--

15		
----	--	--

16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/A
----	---	-----

17	SSV + CCGG 6/6 H	Mase
----	------------------	------

18	CURATIVO DIÁRIO	
----	-----------------	--

19		
----	--	--

20		
----	--	--

21		
----	--	--

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 U/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.

SOLICITAÇÃO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS					DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 2028
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	120/67	77		36,2	
18 H	119x67	75	19	36,8	
24 H	120/85	79		36,2	

Plantas metabólicas: realizado curativos
 de enfermagem, aferido SSVU, admi-
 nistrado medicamento de horário fisiológico

As 18:00h Paciente no Leito, Aferido SSVU
 segue sem queixas aos cuidados da equipe
 de enfermagem.

Rosilene Garcia P. Mende
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 552.039-TE

ob: hr
 PA = 130/77
 FC = 81
 FR = 26

106-1

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						 	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE ACASSIO PORTO CANDIDO							
AGNÓSTICO LX QUADRIL D							
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE		LEITO	106-1	DATA	12/02/2020		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					2nd	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					Rondel	
3	SF 0.9% 500ML EV 12/12H SN					5h	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H					2h 18min 2006	
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA					1h	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT					03:00	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM					3h	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA					8h	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					2h	
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					6h	
17	SSVV + CCGG 6/6 H					Rondel	
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
 UI/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:
 # CONDUITA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	129/81	94		36
18 H	127/80	88		35.2
24 H	126/80	82		36

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

06h 110/80 80 36.1
 06: Paciente no leito,
 sem queixas. Aceita
 bem medicações prescritas.
 Segue os cuidados de

Diene
 Diene Steffany Ferreira Diniz
 COREN-RR 616.689-TE

106-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: ACAAIO PORTO CANDIDO					
AGNÓSTICO: LX QUADRIL D					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	106-1	DATA	13/02/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN/D
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mont 2
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN				SW
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12:00 200 06°
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				SW
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				SW
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06°
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SW
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				SW
11					
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Máximo
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:
 # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	140x80	93	20	36°
18 H	140x90	94		35,4°
24 H	130x90	82		

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

12h PA: feito medicações SSVV CPM.
 Tec. Buena.

06h PA 140/85 P-88 36°

Administrado medicação
 CPM de horário CPM e ver
 ficado SSVV
 Tec. Muriel

106-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ACASSIO PORTO CANDIDO					
AGNÓSTICO LX QUADRIL D					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	106-1	DATA	14/02/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				VE 18 24 06
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				1/2
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				7 SN 18 24 06
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				7 SN 18 24 06
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				7 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				Salina
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:
 # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

06h 122x78 80 36.3C

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	134x77	80	19
18 H	14x87	85	36.7C
24 H	128x88	74	36.4C

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

As 12:00h Paciente no leito, Aférido 55w,
 segue com queixas nos cuidados da
 equipe de enfermagem.

Rosilene Garcia P. Mende
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 552.039-TE

Tamã + SSVV
 ADM e conforme Prescrição Médica
 cuidados gerais feitos
 em quixá

Uesilene Melo de Souza
 COREN-RR 292.369-TE

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE	ACASSIO PORTO CANDIDO
----------	-----------------------

AGNÓSTICO	LX QUADRIL D
-----------	--------------

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	-----	------	-----	------

IDADE	LEITO	(106-1)	DATA	15/02/2020
-------	-------	---------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	5:00
---	------------------	------

2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manter
---	--------------------------	--------

3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN	3:00
---	----------------------------	------

4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	18:18 20:26
---	------------------------	-------------

5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	9:00
---	------------------------	------

6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	5:00
---	--	------

7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	1:00
---	---	------

8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	0:00
---	-------------------------	------

9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	9:00
---	---------------------------------	------

10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN	9:00
----	---	------

11		
----	--	--

12		
----	--	--

13		
----	--	--

14		
----	--	--

15		
----	--	--

16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	9:00
----	---	------

17	SSVV + CCGG 6/6 H	9:00
----	-------------------	------

18	CURATIVO DIÁRIO	9:00
----	-----------------	------

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:

CONDUITA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	T
12 H	130x90	79	20	
18 H				
24 H	152/68	96		36.7°C

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

6h 138/98 94

37.2

Dr. Médico de Roraima
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM -RR 2028



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ACASSIO PORTO CANDIDO				
AGNÓSTICO	LX QUADRIL D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	106-1	DATA	16/02/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SW
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN				SW
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12-18-24-06
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				SW
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				SW
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				SW
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				SW
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SW
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				SW
11					
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
17	SSVV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				SW
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:

CO
MARCIO
C. R. 2007

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	120 x 80	85	36
18 H	120 x 90	80	36
24 H	120 x 80	82	

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

paciente no leito elevado. 15. gume com unidades de enfiar
06.4 110 x 70 76 403632

106-1

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA							
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE ACASSIO PORTO CANDIDO							
AGNÓSTICO LX QUADRIL D							
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE		LEITO	106-1	DATA	18/02/2020		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					manter	
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN					SND	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H					12.18.00.00	
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA					1/6	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN					SIN 2/2	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM						
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA					06	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					SIN	
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN					S/N	
11							
12							
13							
14							
15							
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SIN	
17	SSVV + CCGG 6/6 H					Realizar	
18	CURATIVO DIÁRIO					Realizar	
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	117/81	86	36
18 H	100/70	93	36
24 H	120/90	95	36

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

12h Paciente recebeu a medicação dipirona, após SSVV, segue aos cuidados.

06h Realizado SSVV. Recusou AVA novo. Queixou-se de cefaleia, feito item 06. (Tramal VO.) Segue aos cuidados da enfermagem! Percebe-se a evolução da dor.

06-PA 120x80

Jacqueline Viana de Aguiar
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 54997-TE



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ACASSIO PORTO CANDIDO				
AGNÓSTICO	LX QUADRIL D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	106-1	DATA	19/02/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 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	SSVV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDUÇÃO: 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

106-1



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ INSS

PACIENTE _____ ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 10/1/10, COM
DIAGNÓSTICO DE _____

NO DIA 10/1/10, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE _____ SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 11/1/10, ÀS 10:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1/1/10, ÀS _____, COM O
DR. _____

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. S. Fausto

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

BOA VISTA, 11/1/10

MÉDICO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	80.232
DATA DE EXPEDIÇÃO	17/07/2002
NOME	LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
FILIAÇÃO	ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM
NATURALIDADE	BOA VISTA-RR
DATA DE NASCIMENTO	14/03/1971
DOC ORIGEM	CC-3766 F.260 L.B-12 BOA VISTA-RR.
CPF	294316382 - 15
<i>Ramiro Francisco da Silva Junior</i> ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 28/08/93	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA	
 MODELO DIRETO	
<i>Luana Amorim</i> ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

LEI Nº 049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF: 003.174.342-03 CNH:
TIT. ELEITOR: 003745172615 SEÇÃO: 0184 ZONA: 001
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR: 04/01/2010

ANAL. Calcd for $C_{10}H_{12}N_2O_2$: C, 68.82%; H, 7.14%; N, 3.04%. Found: C, 68.6%; H, 7.2%; N, 3.1%.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177806/20

Vítima: ACASSIO PORTO CANDIDO

CPF: 003.174.342-09

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/02/2020

Titular do CPF: ACASSIO PORTO CANDIDO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

ACASSIO PORTO CANDIDO : 003.174.342-09

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: 26/06/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200229858 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACASSIO PORTO CANDIDO **Data do acidente:** 10/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO QUADRIL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 01, 02 E 03.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200229858 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACASSIO PORTO CANDIDO **Data do acidente:** 10/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO QUADRIL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 01, 02 E 03.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ACÁSSIO PORTO CANDIDO

Identidade: 3130665 SSP/RR CPF: 003.174.342-09

Naturalidade: ITAITUBA/PA **Nacionalidade:** BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO **Profissão:** MECÂNICO

Endereço: RUA ESTRELA DO SUL, 334 – RAIAR DO SOL / CEP: 69.316-012

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15

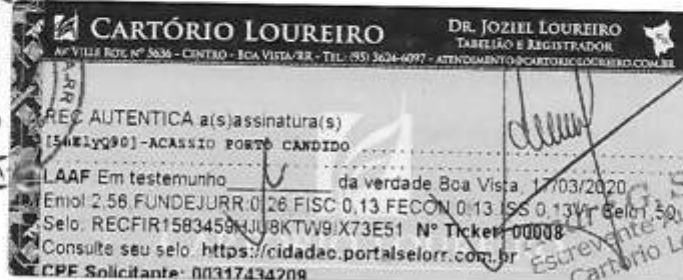
Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 27 de fevereiro de 2020.

Assisio Porto Candido

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



João Sabino
Escritor Autorizado
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177806/20

Vítima: ACASSIO PORTO CANDIDO

CPF: 003.174.342-09

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/02/2020

Titular do CPF: ACASSIO PORTO CANDIDO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

ACASSIO PORTO CANDIDO : 003.174.342-09

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: 26/06/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO