

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2815939920200820113259

Processo 0819443-57.2020.8.23.0010 ☆ - (16 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9500 por pág.1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08194435720208230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ELTON RAIMUNDO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **09/03/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **12/03/2020**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Súmula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ art.

- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 20 de agosto de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Media (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ELTON RAIMUNDO DA SILVA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08194435720208230010.

Rio de Janeiro, 20 de agosto de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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: 029.697.822-19 3 - CPF da vítima: 029.697.822-19 4 - Nome completo da vítima: Elton Raimundo da Silva

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

5 - Nome completo: Elton Raimundo da Silva 6 - CPF: 029.697.822-19

7 - Profissão: R: dona Luiza 8 - Endereço: 9 - Número: 251 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Bento 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.315-631

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 99113-3855

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00073328-0

AGÊNCIA: CONTA:

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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte à(s) beneficiário(s) 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 do acidente

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista RR 09 de junho de 2020

X Elton Raimundo da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gomes Alves
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 015513/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/05/2020 11:12

Data/Hora Fim: 12/05/2020 11:36

Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA Ocorrência

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 09/03/2020 03:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Raiar do Sol

Logradouro: AVENIDA ESTRELA DALVA COM S 2

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ELTON RAIMUNDO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 27 anos

Naturalidade: RR - Cantá

Profissão: Administrador

Estado Civil: Sem Informação

Nome da Mãe: Regina Tancredo

Nome do Pai: Adalto Raimundo da Silva

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA DONA LUIZA

Bairro: SAO BENTO

Telefone: (95) 99177-1003 (Celular)

Nº: 251

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição HONDA BROS 150	CPF/CNPJ do Proprietário 036.364.752-07
Placa NAS5289	Renavam 00184352100
Número do Motor KD05E1A000413	Número do Chassi 9C2KD0510AR000413
Ano/Modelo Fabricação 2010/2009	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/NXR150BROS MIX ESD	Modelo HONDA/NXR150BROS MIX ESD
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 17/10/2016
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Elton Raimundo da Silva	Proprietário



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

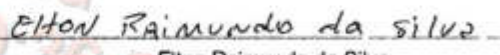
Nº: 015513/2020

RELATO/HISTÓRICO

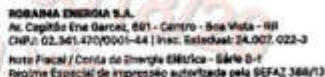
REGISTRO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. QUE O COMUNICANTE AFIRMA QUE TRAFEGAVA PELA RESPECTIVA VIA. QUE O COMUNICANTE AFIRMA QUE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO DEVIDO A UM PROBLEMA NA SUSPENSÃO DIANTEIRA DESSE. QUE ABALROOU CONTRA UM POSTE DE CONCRETO. QUE SOFREU ESCORIAÇÕES. QUE FRATUROU A CLAVICOLA DIREITA E MAXILAR FACIAL. RG DO COMUNICANTE 385311-0 CPF: 029 697 822 19
O PRESENTE BOLETIM VERSA REFERENCIA PARA SEGURO DPVAT. É O RELATO. SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

ASSINATURAS


Leonardo Sidou Piedade
Agente da Polícia
Matrícula 42000734
Responsável pelo Atendimento


Elton Raimundo da Silva
(Vítima / Comunicante)

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



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

129,30

REGINA TANCREDO
R. DONA LUIZA 251 Q. 356 LT 251 - SAO BENTO
CEP: 69.315-631 - BOA VISTA

CPF: 00088927016220

DADOS DA LEITURA (KWH)	
Atual:	24412
Anterior:	24196
Dias de consumo:	30
Constante de Multiplicação:	1.600
Categoria medida:	716
Consumo Faturado:	21

DADOS DA LEITURA:	
Atual:	20-01-2020
Anterior:	15-12-2019
Próxima leitura:	20-02-2020
Emissão:	17-01-2020
Apresentação:	20-01-2020

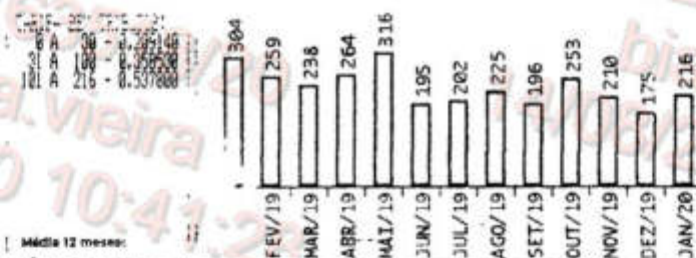
Grupo/Subgrupo:	1.7.1.1
Classe/Subclasse:	REBID - Renda
Ligação:	HOM
Número Medidor:	291204
Forma de Faturamento:	W999
Modalidade:	L 158-199

CONSUMO

30 A RS	0,257453 =	7,72
70 A RS	0,441354 =	30,89
116 A RS	0,662037 =	76,79

DESCONTO INDIGENA/QUILÔMBOLA
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA -
MULTA POR ATRASO DE I 12/19-00
MULTA POR ATRASO 12/19-00
JUROS DE MORA DE IMPO 12/19-00
TILUNACAO PUBLICA

48,86	13,44
0,75	
1,49	
0,02	
25,08	



Media 12 meses



**MENSAGENS
IMPORTANTES**

REAVISO DE VENCIMENTO

213.E 02067019120 E FACA OPOAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

Parabéns! Até o dia 17/01/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

5A78, A180, 1F8D, 2226, 099E, FBFD, CA27, C91E

Energia:	62,74	Encargos:	3,55
	27,49	Tributos:	21,43
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
	ALÍQUOTA	VALOR
Base de Cálculo:		
ICMS:	17,80%	19,61
PIS:	0,31%	0,34
COFINS:	1,45%	1,58

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Mensual			Trimestral			Anual			Mensual			Trimestral			Anual		
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82											
0,00			0,00			0,00											
DISTRITO			Periodo de ejecución			11/2019			Subtotal			44,36					

Conjunto **DISTRITO**

Período de apuração: 11/2019 Lucro: -44,36

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

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

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Elton Raimundo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.697.822 / 19
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elton Raimundo da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.697.822 / 19, 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 CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moleira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 09 de Junho de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

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: 029.697.822-19 3 - CPF da vítima: 029.697.822-19 4 - Nome completo da vítima: Elton Raimundo da Silva

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

5 - Nome completo: Elton Raimundo da Silva 6 - CPF: 029.697.822-19

7 - Profissão: R: dona Luiza 8 - Endereço: 9 - Número: 251 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Bento 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.315-631

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 99113-3855

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00073328-0

AGÊNCIA: CONTA:

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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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 do acidente

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista RR 09 de junho de 2020

X Elton Raimundo da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gomes Alves
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

1ª Classificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Vermelho

Vermelho

Vermelho

Laranja

Laranja

Laranja

Amarelo

Amarelo

Amarelo

Verde

Verde

Verde

Azul

Azul

Azul

2001228600 09/03/2020 06:33:08 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 6

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF 07 Prontuário

ELTON RAIMUNDO DA SILVA 08/11/1992 27 A 4 M 1 D 02969782219

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

IDENTIDADE 3853110 SSP/RR 13/11/2008 M NAO PARDA CANTA - RR BRASILEIRA

Mãe Contato

REGINA TANCREDO NI (95) 99127-0299

Endereço Ocupação

RUA - ELCLIDES GOMES DA SILVA - 1538 - ALVORADA - BOA VISTA - RR

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

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

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

ACIDENTE DE MOTO URGÊNCIA

Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:

GRANDE TRAUMA SAMU CAPITAL ADAO

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL

AQ: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 11

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

PACIENTE TRAZIDO PELA SAMU - IMOBILIZADO + CONTENÇÃO EM PRIMEIRA APOIS QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM REGIÃO

Exame Físico

FRONTAL DE APNOX 10 CM. AGITADO, DESORIENTADO GLASGOW 11, IMOBILIZA OS QUATRO SEGMENTOS

Hipótese Diagnóstica

LESÃO DAS VEZES DA TORÇÃO, QUE FOI IMPOSSÍVEL REALIZAR EM VIRTUDE DE AGITAÇÃO E VÔMITOS DURANTE O EXAME

SADT - Exames Complementares

☐ RAO - X ☐ ULTRA-SOM ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

MORFINA 5 mg IV 05:30

MORFINA 5 mg IV 06:45

① Imobilização do membro superior

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)☐ Alta a Revelia ☐ Internação☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Impresso por: adao

Data Hora: 09/03/2020 06:34:10

2001228600

10.102.5.252:8888/IS4/IS4/68C6A820-A28A-40E1-A103-FFA6169F57A4.html

09/03/2020 Quoddingia

Acidente de trânsito com múltiplas fraturas de ossos do foca e crânio linear sem deslocamento; não há lesão hemorrágica ou isquêmica intracraniana; permanecendo próximo à linha de nível facial. GCS 15, pupila isocora e reativa.
CD: Sem achado neurológico

Simão L.
Neurocirurgião
CRM-RR 1225

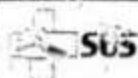
#BMF# 18:35h 09/03/2020

- Paciente vítima de acidente motociclístico, no momento encontrado-se consciente, orientado, eupneico, normocorado, e eútero. Ao exame físico apresenta ferimento penetrante em região frontal + hematoma periorbitário bilateral. Ao exame TC apresenta imagem compatível com fratura de ossos da face (Maxila + teto de órbita bilateral + frontal + ossos nasais).

- QD: ① Avaliação
② Intervenção hospitalar

Ricardo Lourenço
Cirurgião Otorrinolaringologista
BuccoMaxiloFacial
CRO-RR 1225





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLOCO A

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HGR

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ELTON RAIMUNDO DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

179081

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/11/1992

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

11 - NOME DA MÃE

REGINA TANCREDO

12 - TELEFONE DE CONTATO

15991270295

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Alcebades Gomes da Silva, 1538, Alameda

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

140000 RJ

18 - UF

RJ

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente apresentando edema e hematoma em região periorbitária D e E + mobilidade em maxila

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade cirúrgica

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

EXAME FÍSICO + TC

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de frontal e maxila

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

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

04260270435

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Ricardo Lourenço

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/03/2020

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

Ricardo Lourenço

Cirurgião de Traumatologia

CRM 1225

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 BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APRESENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

9/3/20

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

Marcos Roberto B. de Santana

Coordenador Técnico HGR

CRM 1225



CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

Nome	ELTON RAIMUNDO DA SILVA			LEITO	DATA	09/03/2020	
1	DIETA LÍQUIDA/PASTOSA			SNB	FRATURA DO FRONTAL + MAXILA		
2	SF 0,9% 1000ml E.V.				EVOLUÇÃO MÉDICA		
3	SG 5% 500 ml E.V.						
4	CEFTRIAXONA 1g E.V. 12/12h						
5	TILATIL 20mg E.V. 12/12h						
6	DEXAMETASONA 4mg E.V. 8/8h						
7	DIPIRONA 2cc + 8cc AD E.V. 6/6h						
8	PLASIL 01 FA E.V. 8/8h S/N						
9	OMEPRAZOL 20mg E.V. 1 X DIA JEJUM						
10	HIGIENE BUCAI COM CLOREXIDINA A 0,12% 3 X DIA						
11	SSV + CCGG						
12							
13							
14							
15							
16							
<i>Ricardo Lourenço</i> Cirurgião Bucal CRO-RR 1225							
SINAIS VITAIS							
HORÁRIO		12H	18H	24H	DEXTRO	INSULINA REGULAR	HORA
PA					< 70	GLUCOSE 50% 40 ML EV	
FC					< 200	0 UI - SC	
TEMPERATURA					201-250	02 UI - SC	
FR					251-300	04 UI - SC	
DIURESE					301-350	06 UI - SC	
EVACUAÇÃO					351-400	08 UI - SC	
CURATIVO					> 400	10 UI - SC	
						CHAMAR PLANTONI	
						STA	
						DEXTRO	INSULINA
						06H	



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: _____
NOME: Elton Ramundo da Silva
IDADE: _____ REGISTRO: _____
BLOCO: A ENFERMARIA: 106 LEITO: 03
UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: Bucmaxilo

PARA: Ortopedia

Dados Clínicos:

Paciente vítima de acidente motociclístico apresentando dor em região clavicular (D) e limitação de movimentos. Solicito avaliação e conduta.

Grato.

11/03/2020
Data

Bruno Araújo da Silva
CRM-RR 7117

Médico

Não está no Jato
Sem Rx.

Avaliação com Rx

11/03/2020
Data

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

Médico



FICHA DE ACOLHIMENTO

1 - IDENTIFICAÇÃO			
Data da internação: 11/03/2020	Data do Acolhimento: 11/03/2020		
Setor: Bloco A	Leito: 306-03		
Nome: Elien Acunimato de Silva	Idade: 39		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: () F (x) M		
Estado Civil: () Solteiro (x) Casado () Viúvo () Separado () União Estável () Outro:	Nº de Filhos: 01		
Empregado: () Sim () Não	Profissão:		
Religião: () Católico () Evangélico () Testemunha de Jeová () Budista () Nenhuma () Outra:			
Onde reside: Boa Vista	Com quem reside: () Pais () Cônjuge () Só () Filhos () Outros:		
Informante: () Próprio paciente (x) 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: (x) Sim () Não - Se SIM, quem: () Pais (x) Cônjuge () Filho (a) () Outros:			
5 - ASPECTOS EMOCIONAIS E COGNITIVOS			
Alteração no nível de consciência	SIM () NÃO (x)	Choro frequente	SIM () NÃO (x)
Queixa-se de tristeza e solidão	SIM () NÃO (x)	Transtorno emocional evidente	SIM () NÃO (x)
Expressão de afeto condizente	SIM () NÃO (x)	Consciência de morbidade	SIM () NÃO (x)
Linguagem fluente	SIM () NÃO (x)	Linguagem coerente/organizada	SIM () NÃO (x)
Atenção preservada	SIM () NÃO (x)	Memória preservada	SIM () NÃO (x)
Pensamento organizado	SIM () NÃO (x)	Orientação auto/alopsíquica preservada	SIM () NÃO (x)
Adequação do sono	SIM () NÃO (x)	Adequação da alimentação	SIM (x) NÃO ()
OBS.:			
Abuso de substância: (x) Não tem histórico () Alcool () 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 demonstrando no 1º atendimento exteriorizado para a equipe de saúde que relatou que o apoio não tem sido suficiente para enfrentar a situação de internação, que não tem mais que lidar, apresentando sinais de ansiedade, preocupação com o futuro (seu), foi realizada a visita que ajudou a reduzir o estresse e a ansiedade, pois o paciente se sente seguro e acolhido, com acompanhamento psicológico.			

RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO:

DATA: 11/03/2020



106-3

GOVERNO DE
RORAIMA
Hospital Geral de
Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCO MAXILO FACIAL
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DPO	
PACIENTE	ELTON RAIMUNDO DA SILVA				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	220-3	DATA	11/03/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA LÍQUIDA/PASTOSA VO				SIND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monit
3	SF 0.9% 500 ML EV 12/12H				12 24
4 D2	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12 H				12 24
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				12 24
6	TENOXICAN 20 MG EV 12/12 H				12 24
7	TRAMADOL 100MG EV 8/8H EV LENTO				12 24
8	PLASIL 1 AMP EV 8/8 H SN				12 24
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X DIA				12 24
10	HIGIENE ORAL 3X POR DIA				12 24
11	SSVV+CCGG				12 24
12 D2	DEXAMETASONA 4MG (EV) 08/08h				12 24
13					
14	Bruno Araújo da Silva Cirurgião Especialista em Otorrinolaringologia CRO/RR 717				
15					
16					
17					
18					
19					
20	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 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS, COM MELHORA DO QUADRO ÁLGICO.

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

SOLICITADO: EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS OK.

CONDUTA: MANTIDA.

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: ____/____/____

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	123 x 77	77		37,2°C
18 H	116 x 70	77	19	37°C
24 H				

Dr. BRUNO ARAÚJO
CRO/RR 717
Cirurgião Bucomaxilofacial

12h - P.O. no leito, sem queixas algícas, aferido SSVV,

As 18:00h Paciente no leito, aferido SSVV
segue sem queixas nas condições da
equipe de enfermagem

Rosilene Garcia P. Mende
Técnica de Enfermagem
CRO/RR 717

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: ELTON CARVALHO

Leito: 106-3

Data: 11/03/2020

Localização	 	Região: <u>CABEÇA</u> Grau: I () II (☒)	 	Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (☒) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ (☒) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Pele Perilesional	() Purulento (☒) Seroso () Sanguinolento () Serrossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serrossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serrossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serrossanguíneo () Seco () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Molhado (☒) Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70% (☒) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel (☒) Outro: <u>Ale</u>	() Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Cobertura primária	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>Adrielle Vieira Araujo</u> Enfermeira em Enfermagem COREN-RR 507 795/TE	<u>Elisclara Carneiro Colatto</u> Enfermeira em Feridas COREN-RR 468.573-ENF		
Observações:				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO De Cirurgia Bucomaxilofacial
PRESCRIÇÃO DIÁRIA

106-3

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM ☐

NCME	Elton Raimundo Da Silvap	LEITO	106-3	DATA	12/03/20
1	Dieta líquida pastosa VO				
2	AVP-SF 0,9% 500ml EV 8/8h				
D3	3 Ceftriaxona 1g EV 12/12h				
4	Tenoxicam 20 mg EV 123/12h				
D3	5 Dexametasona 4 mg EV 12/12h				
6	Dipirona 1g EV 6/6h				
7	Omeprazol 20mg EV 1x dia				
8	Piasil 1 ampola EV 8/8 h SN				
9	Tramadol 100mg EV 12/12h - lento				
10	Higiene oral com digluconato de clorexine 0,12% 3x dia				
11	Cabeceira elevada 30°				
12	SSV+CCGG				
13					
14					
15					
16					
17					
SINAIS VITAIS					
HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	DEXTRO
PA	135 x 81	130 x 80	122 x 60	141 x 78	< 70
FC	81	80	80	82	< 200
TEMPERATURA	35,8°C	36	36	36	201-250
FR					251-300
DIURESE	+	+	+	+	301-350
EVACUAÇÃO	-	-	-	-	351-400
CURA TIVO					> 400
					Insulina Regular
					Glicose 50% 40 ml EV
					0 UI - SC
					02 UI - SC
					04 UI - SC
					06 UI - SC
					08 UI - SC
					10 UI - SC
					CHAVES R PLANTONISTA

Dr. Sérgio T. Lessa
Cirurgião Buciomaxilofacial
CRM 334

Plano de tratamento
Estomatológico em
unidade 3300.

Dr. Daniel G. M. Almeida
Cirurgião Buciomaxilofacial
CRM 334

12. com. Unid. SSV,
adm. em med. SSV.

Anotações da Enfermagem

HD Teto orbita + bilateral frontal
nasal



PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: HGR

NOME: Elton Raimundo da Silva

IDADE: 27a

BLOCO: BLOCO A

ENFERMARIA: 106-3

LEITO: 03

De: Bucomaxilofacial

Para: Ortopedia

PACIENTE COM HISTÓRICO DE FRATURA DE FACE (TETO ORBITA BILATERAL + FRONTAL + OPN) AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. AO EXAME CLÍNICO PACIENTE RELATA DORES EM CLAVÍCULA D. SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA - GRATO.
RX - NO SISTEMA

12/03/2020

Data

Dr. Sérgio T. Assunção
Cir. Bucomaxilofacial
CRM 334

Médico(a)

Foram encaminhados
para avaliação
da clavícula D.
Solicito Rx

12/03/2020

Data

médico

verso



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE BUCOMAXILOFACIAL
PRESCRIÇÃO DIÁRIA

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME		Elton Raimundo da Silva			LEITO	106-3	DATA	12/03/2020	
1	Dieta líquida pastosa VO				SWP				
2	AVP				mandar				
D4	Ceftriaxona 1g EV 12/12 hs				10:37:39				
D4	Tenoxicam 20 mg 12/12 hs				10:37:39				
D4	Dexametasona 4 mg 8/8 hs				10:37:39				
6	Plasil 10mg de 8/8h SN				10:37:39				
7	Omeprazol 40mg EV 1x/dia				10:37:39				
8	TRAMADOL 100 MG DE 8/8 HS, EV S/N				10:37:39				
9	Higiene oral com digluconato de clorexidina 0,12% 3 x dia				10:37:39				
10	cabecreira elevada 30°				10:37:39				
11	SSV + CCGG				10:37:39				
12					10:37:39				
13					10:37:39				
14					10:37:39				
15					10:37:39				
16					10:37:39				
SINAIS VITAIS					DEXTRO				
HORÁRIO					INSULINA Regular				
PA					Glicose 50% 40 ml EV				
FC					0 UI - SC				
TEMPERATURA					02 UI - SC				
FR					04 UI - SC				
DIURESE					06 UI - SC				
EVACUAÇÃO					08 UI - SC				
CURATIVO					10 UI - SC				
					CHAMAR PLANTONISTA				
					HORA				
					DEXTRO				
					INSULINA				

12/03/2020
13/03/2020
14/03/2020
15/03/2020
16/03/2020
17/03/2020
18/03/2020
19/03/2020
20/03/2020
21/03/2020
22/03/2020
23/03/2020
24/03/2020
25/03/2020
26/03/2020
27/03/2020
28/03/2020
29/03/2020
30/03/2020
31/03/2020
01/04/2020
02/04/2020
03/04/2020
04/04/2020
05/04/2020
06/04/2020
07/04/2020
08/04/2020
09/04/2020
10/04/2020
11/04/2020
12/04/2020
13/04/2020
14/04/2020
15/04/2020
16/04/2020
17/04/2020
18/04/2020
19/04/2020
20/04/2020
21/04/2020
22/04/2020
23/04/2020
24/04/2020
25/04/2020
26/04/2020
27/04/2020
28/04/2020
29/04/2020
30/04/2020
01/05/2020
02/05/2020
03/05/2020
04/05/2020
05/05/2020
06/05/2020
07/05/2020
08/05/2020
09/05/2020
10/05/2020
11/05/2020
12/05/2020
13/05/2020
14/05/2020
15/05/2020
16/05/2020
17/05/2020
18/05/2020
19/05/2020
20/05/2020
21/05/2020
22/05/2020
23/05/2020
24/05/2020
25/05/2020
26/05/2020
27/05/2020
28/05/2020
29/05/2020
30/05/2020
31/05/2020
01/06/2020
02/06/2020
03/06/2020
04/06/2020
05/06/2020
06/06/2020
07/06/2020
08/06/2020
09/06/2020
10/06/2020
11/06/2020
12/06/2020
13/06/2020
14/06/2020
15/06/2020
16/06/2020
17/06/2020
18/06/2020
19/06/2020
20/06/2020
21/06/2020
22/06/2020
23/06/2020
24/06/2020
25/06/2020
26/06/2020
27/06/2020
28/06/2020
29/06/2020
30/06/2020
01/07/2020
02/07/2020
03/07/2020
04/07/2020
05/07/2020
06/07/2020
07/07/2020
08/07/2020
09/07/2020
10/07/2020
11/07/2020
12/07/2020
13/07/2020
14/07/2020
15/07/2020
16/07/2020
17/07/2020
18/07/2020
19/07/2020
20/07/2020
21/07/2020
22/07/2020
23/07/2020
24/07/2020
25/07/2020
26/07/2020
27/07/2020
28/07/2020
29/07/2020
30/07/2020
31/07/2020
01/08/2020
02/08/2020
03/08/2020
04/08/2020
05/08/2020
06/08/2020
07/08/2020
08/08/2020
09/08/2020
10/08/2020
11/08/2020
12/08/2020
13/08/2020
14/08/2020
15/08/2020
16/08/2020
17/08/2020
18/08/2020
19/08/2020
20/08/2020
21/08/2020
22/08/2020
23/08/2020
24/08/2020
25/08/2020
26/08/2020
27/08/2020
28/08/2020
29/08/2020
30/08/2020
31/08/2020
01/09/2020
02/09/2020
03/09/2020
04/09/2020
05/09/2020
06/09/2020
07/09/2020
08/09/2020
09/09/2020
10/09/2020
11/09/2020
12/09/2020
13/09/2020
14/09/2020
15/09/2020
16/09/2020
17/09/2020
18/09/2020
19/09/2020
20/09/2020
21/09/2020
22/09/2020
23/09/2020
24/09/2020
25/09/2020
26/09/2020
27/09/2020
28/09/2020
29/09/2020
30/09/2020
01/10/2020
02/10/2020
03/10/2020
04/10/2020
05/10/2020
06/10/2020
07/10/2020
08/10/2020
09/10/2020
10/10/2020
11/10/2020
12/10/2020
13/10/2020
14/10/2020
15/10/2020
16/10/2020
17/10/2020
18/10/2020
19/10/2020
20/10/2020
21/10/2020
22/10/2020
23/10/2020
24/10/2020
25/10/2020
26/10/2020
27/10/2020
28/10/2020
29/10/2020
30/10/2020
31/10/2020
01/11/2020
02/11/2020
03/11/2020
04/11/2020
05/11/2020
06/11/2020
07/11/2020
08/11/2020
09/11/2020
10/11/2020
11/11/2020
12/11/2020
13/11/2020
14/11/2020
15/11/2020
16/11/2020
17/11/2020
18/11/2020
19/11/2020
20/11/2020
21/11/2020
22/11/2020
23/11/2020
24/11/2020
25/11/2020
26/11/2020
27/11/2020
28/11/2020
29/11/2020
30/11/2020
01/12/2020
02/12/2020
03/12/2020
04/12/2020
05/12/2020
06/12/2020
07/12/2020
08/12/2020
09/12/2020
10/12/2020
11/12/2020
12/12/2020
13/12/2020
14/12/2020
15/12/2020
16/12/2020
17/12/2020
18/12/2020
19/12/2020
20/12/2020
21/12/2020
22/12/2020
23/12/2020
24/12/2020
25/12/2020
26/12/2020
27/12/2020
28/12/2020
29/12/2020
30/12/2020
31/12/2020



of

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐
--

NOME		ELTON RIMUNDO DA SILVA				LEITO	DATA	14/03/2020
1	Dieta líquida/Pastosa							
2	AVP + SF 0,9% 500ml EV 8/8h							
3	Ceftriaxona 1g EV 12/12h							
4	Dexametasona 4 mg EV 8/8h							
5	Dipirona 1g EV 6/6h							
6	Tenoxicam 20mg EV 12/12h							
7	Omeprazol 40mg EV 1x dia							
8	Plasil 01 Amp EV 8/8h							
9	Higiene oral 3x dia							
10	Higiene corporal 1x dia							
11	Capabeira elevada 30°							
12	SSV +CCGG							
13								
14								
15								
16								
17								
18								
SINAIS VITAIS		SINAIS VITAIS				SINAIS VITAIS		
HORÁRIO	12H	18H	24H	06H				
PA	124x18	124x18	120x80	103x65				
FC	63	69	60	66				
TEMPERATURA	36,5	36,6		36,5				
FR								
DIURESE								
EVACUAÇÃO								
-CURATIVO								
DEXTRO		DEXTRO		DEXTRO		DEXTRO		
< 70		< 200		< 200		< 200		
Insulina Regular		Glicose 50% 40 ml EV		0 UI - SC		02 UI - SC		
201-250		251-300		301-350		351-400		
04 UI - SC		06 UI - SC		08 UI - SC		10 UI - SC		
CHAMAR PLANTONISTA		>400						
Anotações da Enfermagem		Fecho SSV + mudi cacoio cpm. Tee brava				HD Teto de orbita bilateral + mx		
14/03/2020		14/03/2020				14/03/2020		

DIAGNÓSTICO

FRATURA DE TETO DE ÓRBITA BILATERAL +

CRU-RR 1220

24: hms
PA = 11718
FC = 58
AV = 26

Ob: hms
PA = 118146
FC = 68
AV = 26

18. Atualdo SSUV. ADM. as mudanças
de horário com. Sem quizes
as custado da indm a 15:00
15:00



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL
PRESCRIÇÃO DIÁRIA

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME		Elton Raimundo da Silva		Bloco 106-3		DATA	17/03/20
1	Dieta líquida/pastosa VO			LEITO	SND	HD	Fratura de teto de orbita + nasal
2	AVP						
7	Dipirona 1g EV 6/6h						
8	Plasil 1 amp EV 8/8h SN						
9	Tramadol 100 mg EV + SF 0,9% 100ml 12/12h						
10	Omeprazol 20mg EV ou VO 1x ao dia						
14	Higiene oral com digluconato de clorexidina 0,12% 3x/dia						
15	Cabeceira elevada a 30° ou 45°						
16	SSVV +CCGG						
17							
SINAIS VITAIS							
HORÁRIO				DEXTRO		HORA	DEXTRO
12H				< 70		Insulina Regular	
18H				< 200		Glicose 50% 40 ml EV	
24H				0 UI - SC			
PA	120 x 70	118/74	120 x 70	201-250	02 UI - SC		
FC	70	76	75	251-300	04 UI - SC		
TEMPERATURA	36°C	36,5°C	36,2°C	301-350	06 UI - SC		
FR	20	-	-	351-400	08 UI - SC		
DIURESE	+	+	-	>400	10 UI - SC		
EVACUAÇÃO					CHAMAR PLANTONISTA		
CURATIVO							

11h Realizado medicação
SSVV CPM - líquida.

18h Realizado medicação
SSVV CPM - líquida.

18h Realizado SSVV. Adm. ao medicamento
de hemis com queixas,
Seguindo com o cuidado da enfermagem.

Prescrição Médica de 08/03/2020



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SERVIÇO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL

PEDIDO DE PARECER

PACIENTE: Elton Raimundo da Silva
DE: BUCOMAXILOFACIAL

BLOCO A 106-3

PARA: ORTOPEDIA

Paciente, sexo masculino, 27 anos, deu entrada neste HGRR no dia 09/03/20, vítima de acidente de moto, apresentando fratura em face, teto orbital bilateral + nasal, no momento sem conduta cirúrgica desta especialidade, devido a falta de material de OPME, encaminho a ortopedia para cirurgia em região de clavícula. Após realização da cirurgia desta especialidade encaminhar novamente a bucomaxilo para cirurgia desta especialidade. Solicitamos a emissão do parecer medico desta especialidade. Aguardamos avaliação e conduta. GRATO!

Atenciosamente,

[Assinatura]
Dra. Silvana R. R. da Silva
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO: 822/RR

17/03/2020, Boa Vista - Roraima.

14/03/20

Paciente G de 27 anos de idade, vítima de acidente de moto, apresentando fratura de clavícula (L) em contato da articulação acromioclavicular. Imagem anexa em anexo. Para a analgesia e acompanhamento ambulatorial por ortopedia. Fratura de clavícula vai ser tratada com Hb M; Placa e Encadern. Das MMS de Dr. Odiloch/Okechi.

Dr. Odiloch/Okechi
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18574/RP

Data:

Assinatura:

106-3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUÇO MAXILO FACIAL
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DPO
PACIENTE Edson Raimundo de Siqueira			
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
DM2	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	106-3	DATA
18/03/2020			
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA LÍQUIDA/PASTOSA VO		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	SF 0.9% 500 ML EV 12/12H		
4	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12 H (SUSPENSO)		
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H		
6	TENOXICAN 20 MG EV 12/12 H (SUSPENSO)		
7	TRAMADOL 100MG EV 8/8H EV LENTO		
8	PLASIL 1 AMP EV 8/8 H SN		
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X DIA		
10	HIGIENE ORAL 3X POR DIA		
11	SSVV+CCGG		
12			
13			
14	 Bruno Araújo de Siqueira Cirurgião Bucodentofacial CRO-RR 717		
15			
16			
17			
18			
19			
20	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 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS, COM MELHORA DO QUADRO ÁLGICO.

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

SOLICITADO: EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS OK.

CONDUTA: MANTIDA.

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

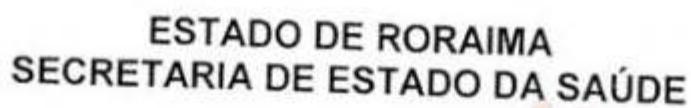
PREVISÃO DE ALTA: ____/____/____

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x80	64	20	36,3°C
12 H	127x80	71	19	36,6°C
18 H				
24 H	120x80	68	21	36,8°C

Dr. BRUNO ARAÚJO
CRO/RR 717
Cirurgião Bucodentofacial

às 12:00h Paciente no leito, afei do
 SSVV. segue sem queixas aos cuida-
 dos da equipe de enfermagem.
 Rosilene Garcia P. Mendes
 Técnica de Enfermagem
 COREN/RR 552.039-TE

Dificuldade de
 preenchimento



EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

[illegible]



Hospital Geral de Roraima

Secretaria de Saúde do Estado de Roraima

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial



RESUMO DE ALTA

Paciente: ELTON RAIMUNDO DA SILVA

Data da internação: 09/03/20

Data da alta: 20/03/20

Profissionais: Cirurgia Bucomaxilofacial

DIAGNÓSTICO

TRAUMA DE FACE TETO DE ORBITA BILATERAL, FRONTAL E NASAL

TRATAMENTO

Alta hospitalar a pedido da coordenação da bucomaxilo conforme acordo com direção clínica do HGR paciente deverá receber alta hospitalar e Acompanhamento ambulatorial semanal no Coronel Mota, até chegada do material de OPME para realização da cirurgia.

EVOLUÇÃO

BEG, AAA, normocorado (coloração normal de cor), sem queixas algicas, sem intercorrência. Paciente receberá alta e orientação à consulta ao HCM com o Dra. Juliene Monauer

ORIENTAÇÕES

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências.
2. Alimentação: líquida-pastosa, fria ou gelada por 48 h.
3. Evitar: exposição ao sol, alimentos quentes e duros e esforços físicos, pelo menos até o retorno.
4. Repouso: Cabeça em plano mais elevado que o resto do corpo por 48 h.
5. Higiene oral: Escovação normal dos dentes e língua, evitando as áreas da cirurgia, fazer bochechos leves 03 vezes ao dia com anti-séptico bucal indicado, iniciando somente 48 h após a cirurgia.
6. Retirar pontos com 10 dias no posto de saúde.


Dra. Silvana Rêtz da Silva
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRM 8267/R

Ass. Cirurgião (CRO)



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE BUCOMAXILOFACIAL
PRESCRIÇÃO DIÁRIA

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

10633

NOME	Elton Raimundo da Silva	LEITO	106-3	DATA	19/03/2020
1	Dieta líquida/ pastosa VO				
2	AVP				
3	Dipirona 1g EV 6/6 hs				
4	Plasil 10mg de 8/8h SN				
5	TRAMADOL 100 MG DE 8/8 HS, EV S/N				
6	Higiene oral com digluconato de clorexidina 0,12% 3 x dia				
7	cabecceira elevada 30°				
8	SSV + CCGG				
9					
10	Aos cuidados da ortopedia - avisar				
11					
12					
13	Taquicardia de Alta hospitalar				
14	para quem tem hipertensão				
15					
16					

SINAIS VITAIS
Dr. Sílvia Ruiz da S.
Coord. Bucomaxilofacial
CRP 806/RR

HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	DEXTRO	INSULINA Regular	HORA	DEXTRO	INSULINA
PA	121/64				< 70	Glucose 50% 40 ml EV			
FC	68				< 200	0 UI - SC			
TEMPERATURA	36,1°C				201-250	02 UI - SC			
FR					251-300	04 UI - SC			
DIURESE					301-350	06 UI - SC			
EVACUAÇÃO					351-400	08 UI - SC			
CUPATIVO					>400	10 UI - SC			

CHAMAR PLANTONISTA

Paciente vítima de acidente, apresenta
fratura em face (Teto orbital, lateral +
frontal e nasal).

BEG, LOTE, eufórico, alta de
maxilar + acompanhamento até chegada
de DPM para realizar cirurgia.

Alta da Otorrinolaringologia, conforme parecer
solicitado.

BV: 20.03.20


Dra. Silvana Ruiz da Silva
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRC: 826/RR

Elton R do Sfla
27ano - 11/03/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020



ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SALA DE RCP / GRANDE TRAUMA / HGR

DATA 1 / 1

NOME DO PACIENTE: CLITON RAIMUNDO DA SILVA

SINAIS VITAIS

HORA	TAX	FC	FR	SpO ₂	P.A.	HORA	TAX	FC	FR	SpO ₂	P.A.	HORA	TAX	FC	FR	SpO ₂	P.A.
07:00	36.2	93	19	--	121x74	:						:					
:						:						:					
:						:						:					
:						:						:					
:						:						:					

Francisca Alves Oliveira
COREN-PR 467366 Aux. Enf
Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

REALIZAÇÃO DE DEXTRO

HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp
07:00					13:00					20:00				
08:00					14:00					22:00				
09:00					15:00					00:00				
10:00					16:00					02:00				
11:00					17:00					04:00				
12:00					18:00					06:00				
13:00					19:00									

Enfermeiro Matutino

Enfermeiro Vespertino

Enfermeiro Vespertino



Hospital Geral de Roraima

Secretaria de Saúde do Estado de Roraima

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial



RESUMO DE ALTA

Paciente: ELTON RAIMUNDO DA SILVA

Data da internação: 09/03/20

Data da alta: 20/03/20

Profissionais: Cirurgia Bucomaxilofacial

DIAGNÓSTICO

TRAUMA DE FACE TETO DE ORBITA BILATERAL, FRONTAL E NASAL

TRATAMENTO

Alta hospitalar a pedido da coordenação da bucomaxilo conforme acordo com direção clínica do HGR paciente deverá receber alta hospitalar e Acompanhamento ambulatorial semanal no Coronel Mota, até chegada do material de OPME para realização da cirurgia.

EVOLUÇÃO

BEG, AAA, normocorado (coloração normal de cor), sem queixas algicas, sem intercorrência. Paciente receberá alta e orientação à consulta ao HCM com o Dra. Juliene Monauer

ORIENTAÇÕES

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências.
2. Alimentação: líquida-pastosa, fria ou gelada por 48 h.
3. Evitar: exposição ao sol, alimentos quentes e duros e esforços físicos, pelo menos até o retorno.
4. Repouso: Cabeça em plano mais elevado que o resto do corpo por 48 h.
5. Higiene oral: Escovação normal dos dentes e língua, evitando as áreas da cirurgia, fazer bochechos leves 03 vezes ao dia com anti-séptico bucal indicado, iniciando somente 48 h após a cirurgia.
6. Retirar pontos com 10 dias no posto de saúde.

Dra. Silvana Ruiz da Silva
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRC: 826/RR

Ass. Cirurgião (CRO)

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

0430:



BRAVO III

EQUIPE: Jaqueline Josué Ribeiro

Paciente:

2 em

Idade: 30 Sexo: M

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []

Bairro:

DATA: 03/08/2020

HORA: 03:43

BASE: N/VIA []

RÁDIO

HORA: 03:51

[] CELULAR

MOTIVO:

Queda de moto

DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora []

1 a 3 horas []

4 a 24 horas []

Mais de 24 horas []

Não sabe []

TIPO DE OCORRÊNCIA: Acidente

Mecanismo:

[] Urgência psiquiátrica

[] Queimadura

[] Urgência obstétrica

Mecanismo:

[] Tentativa de suicídio

[] Choque elétrico

[] Transferência

Mecanismo:

[] Envenenamento

[] Queda

[] Exame complementar

Mecanismo:

[] Afogamento

[] Urgência clínica

[] Outros

MEIO DE LOCOMOÇÃO:

[] A pé

[] Ônibus

[] Automóvel

[] Bicicleta

[] Capacete

MEIO DE LOCOMOÇÃO:

[] Automóvel

[] Micro-ônibus

[] Motocicleta

[] Animal

[] Cinto de segurança

MEIO DE LOCOMOÇÃO:

[] Motocicleta

[] Outro

[] Ônibus

[] Outro

[] Airbag

MEIO DE LOCOMOÇÃO:

[] Bicicleta

[] Micro-ônibus

[] Micro-ônibus

[] Micro-ônibus

[] Assento para criança

VIAS AERÉAS:

[] Eupneica

[] Normocárdico

[] Miose

VIAS AERÉAS:

[] Apneia

[] Bradicárdico

[] Midríase

VIAS AERÉAS:

[] Dispneia

[] Enchimento capilar acima de 2"

[] Anisocoria [] D [] E

VIAS AERÉAS:

[] Bradipneia

[] Pulso radial ausente

[] Aparelho Alcoolizado

VIAS AERÉAS:

[] Taquipneia

[] Pulso central ausente

[] Agitação psicomotora

VIAS AERÉAS:

[] Taquipneia

[] Cianose central

[] Extremidade

SINAIS VITAIS:

F.C Bpm

F.R Bpm

Sat O₂ %

T. Axilar °C

Glicemia

Esc. visual "DOR"

Glasgow

F.C Bpm

F.R Bpm

Sat O₂ %

T. Axilar °C

Glicemia

Esc. visual "DOR"

Glasgow

F.C Bpm

F.R Bpm

Sat O₂ %

T. Axilar °C

Glicemia

Esc. visual "DOR"

Glasgow

F.C Bpm

F.R Bpm

Sat O₂ %

T. Axilar °C

Glicemia

Esc. visual "DOR"

Glasgow

F.C Bpm

F.R Bpm

Sat O₂ %

T. Axilar °C

Glicemia

Esc. visual "DOR"

Glasgow

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

[]

[]

[]

EXAME FÍSICO:

[]

[]

RECEBIM. DO PA

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

TERMO DE RECUSA

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.

Assinatura do Paciente: Stephanie RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE

Idade Gestacional: _____ ☐ Movimentos fetais presentes ☐ Partos fetais na vulva

Perda de líquido: _____ ☐ Contrações entre 3-5 min. ☐ Com cartão da gestante

BCF: _____ ☐ Contrações com duração > 30s ☐ Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Aspiração ☐ Máscara laríngea ☐ Monitorização cardíaca ☐ Imobilização de fraturas

☐ Cânula de Guegel ☐ Guia de Introdução Bougie ☐ Colar cervical ☐ Curativos

☐ Cateter nasal: _____ U/min ☐ Criotireostomia cirúrgica ☐ Headblock ☐ Parto vaginal

☐ Máscara facial: _____ U/min ☐ Oximetria ☐ Prancha longa ☐ Cesárea de emergência

☐ Bolsa-valva-máscara: _____ U/min ☐ Dreno de tórax ☐ Tirantes ☐ Imobilização de torção

☐ Intubação orotraqueal ☐ Descompressão torácica ☐ KED ☐ Outros: _____

☐ Acesso venoso Gelco n° _____ ☐ Acesso venoso Scalp n° _____ ☐ Acesso intracóseo

Medicamentos Prescritos

FARMACO	DOSE	VIA	HORA	FARMACO	DOSE	VIA	HORA
01 SRL	500ml	EV					
01 glicose 18							
01 Equipos mao							

INSUMOS UTILIZADOS NA OCORRÊNCIA

03 compressas mofo 50 + capa

03 ataduras ao cuido d

04 pares de luvas alzenes encade

04 " " bofacha a São Sebastião

em pen! ao posto d

OBSERVAÇÕES INTERCORRÊNCIAS

Vítima mas ± 30°, colisão motor este, em DV, avaliação primária com lesões localizadas de ± 15 cm na face, nariz e maxilar (exatidão) com SSC preservados, o deslocamento fez uma leve bradycardia, realçado protocolo de trauma, colar e prancha rígida, no Aup com SRL 500ml 500ml ao m. em 10:37:39

Com entrega com tudo em tempo oportuno.

Exatidão bilateral. Obs: O nome do m. que informou que em papéis dia 14/03/2020 com a equipe n. verbalizou.

Joaquim

Assinatura e carimbo do profissional

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODEJO CRUZ

 Polegar Direito



William goncalves franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016

NOME
WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO
GERALDO ROCHA FRANCO
MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE
SANTA INÊS - MA

DATA DE NASCIMENTO
09/12/1978

DCC ORDEM
CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35
2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 **AMADEU ROCHA TRIANI**
Partido Progressista do Povo Civil
Secretário de SDC

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ASL-0163518/20
bianca.vieira
14/08/2020 10:42:07

ASL-0163518/20
bianca.vieira
14/08/2020 10:42:07

ASL-0163518/20
bianca.vieira
14/08/2020 10:42:07

ASL-0163518/20
bianca.vieira
14/08/2020 10:42:07

ASL-0163518/20
bianca.vieira
14/08/2020 10:42:07

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RECURSO
CEVAL

385311-0

DATA DE EXPIRAÇÃO
01/02/2018

DATA DE NASCIMENTO
08/11/1992

NOME
ELTON RAIMUNDO DA SILVA

FILIAÇÃO
ADALTO RAIMUNDO DA SILVA
REGINA TANCREDO

NATURALIDADE
CANTA - RR

DOC. ORDEM
CERTD NASC 35862 FLS 24-F LIV A-59
2º OF BOA VISTA-RR

CPF
029.697.822-19

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Pessoa Física - CPF

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P1

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
029.697.822-19

Nome
ELTON RAIMUNDO DA SILVA

Nascimento
08/11/1992

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODELO CRUZ

Polegar Direito

ELTON RAIMUNDO DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163518/20

Vítima: ELTON RAIMUNDO DA SILVA

CPF: 029.697.822-19

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 09/03/2020

Titular do CPF: ELTON RAIMUNDO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ELTON RAIMUNDO DA SILVA : 029.697.822-19

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: 11/06/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Elton Raimundo da Silva
 NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
 PROFISSÃO: RG: 385311-0
 CPF: 029.697.822-14 ENDEREÇO: R: Wma Luiz 294
 BAIRRO: Sap. Bento CIDADE: Boa Vista
 CEP: 69.315-631

VITIMA:

NOME: Elton Raimundo da Silva
 CPF: 029.697.822-14 DATA DO ACIDENTE:
 NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco
 NACIONALIDADE: Brasileiro
 ESTADO CIVIL: Casado
 PROFISSÃO: Autônomo
 Nº. DO RG: 239717 ORGÃO EMISSOR: SESP-RR
 DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
 Nº. DO CPF: 825.396.343-20
 ENDEREÇO: Rua CC 11 295, Laura Moreira

PODERES:

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

Boa Vista RR, 07 de Abril de 2020

Elton Raimundo da Silva

ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

X Elton Raimundo da Silva



DANIEL AQUINO
 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
 Av. Anísio de Faria, 4152 - Boa Vista - Boa Vista/RR
 Tel: (67) 3106-1111
 E-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br
 192.179
 Escritório Autorizado
 14/08/2020 10:42:21

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: 029.697.822-19 3 - CPF da vítima: 029.697.822-19 4 - Nome completo da vítima: Elton Raimundo da Silva

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

5 - Nome completo: Elton Raimundo da Silva 6 - CPF: 029.697.822-19

7 - Profissão: R: dona Luiza 8 - Endereço: 9 - Número: 251 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Bento 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.315-631

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 99113-3855

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00073328-0

AGÊNCIA: CONTA:

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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte à(s) beneficiário(s) 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 do ato praticado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista RR 09 de junho de 2020

X Elton Raimundo da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gomes Alves
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015513/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/05/2020 11:12

Data/Hora Fim: 12/05/2020 11:36

Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 09/03/2020 03:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Raiar do Sol

Logradouro: AVENIDA ESTRELA DALVA COM S 2

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ELTON RAIMUNDO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 27 anos

Naturalidade: RR - Cantá

Profissão: Administrador

Estado Civil: Sem Informação

Nome da Mãe: Regina Tancredo

Nome do Pai: Adalto Raimundo da Silva

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA DONA LUIZA

Bairro: SAO BENTO

Telefone: (95) 99177-1003 (Celular)

Nº: 251

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição HONDA BROS 150

CPF/CNPJ do Proprietário 036.364.752-07

Placa NAS5289

Renavam 00184352100

Número do Motor KD05E1A000413

Número do Chassi 9C2KD0510AR000413

Ano/Modelo Fabricação 2010/2009

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/NXR150BROS MIX ESD

Modelo HONDA/NXR150BROS MIX ESD

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 17/10/2016

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Elton Raimundo da Silva

Envolvimentos

Proprietário

Delegado de Polícia Civil: Emerson Luiz Freire

Impresso por: Leonardo Sidou Piedade

Data de Impressão: 12/05/2020 11:41

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

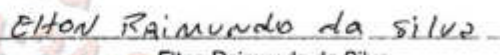
Nº: 015513/2020

RELATO/HISTÓRICO

REGISTRO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE O COMUNICANTE AFIRMA QUE TRAFEGAVA PELA RESPECTIVA VIA, QUE O COMUNICANTE AFIRMA QUE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO DEVIDO A UM PROBLEMA NA SUSPENSÃO DIANTEIRA DESSE, QUE ABALROOU CONTRA UM POSTE DE CONCRETO, QUE SOFREU ESCORIAÇÕES, QUE FRATUROU A CLAVICOLA DIREITA E MAXILAR FACIAL. RG DO COMUNICANTE 385311-0 CPF: 029 697 822 19
O PRESENTE BOLETIM VERSA REFERENCIA PARA SEGURO DPVAT. É O RELATO. SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

ASSINATURAS


Leonardo Sidou Piedade
Agente da Polícia
Matrícula 42000734
Responsável pelo Atendimento


Elton Raimundo da Silva
(Vítima / Comunicante)

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
2018			2019			2020	
Menor	Trimestral	Anual	Menor	Trimestral	Anual	Menor	Trimestral
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
0,00			0,00			0,00	
DISTRITO			Periodo de ejecución 11/2019			Avance: 44,36	

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

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

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central 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 William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Elton Raimundo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.697.822 / 19
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elton Raimundo da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.697.822 / 19, 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 CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moleira</u>	Cidade: <u>Bom União</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Bom União RR 09 de Junho de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

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: 029.697.822-19 3 - CPF da vítima: 029.697.822-19 4 - Nome completo da vítima: Elton Raimundo da Silva

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

5 - Nome completo: Elton Raimundo da Silva 6 - CPF: 029.697.822-19

7 - Profissão: R: dona Luiza 8 - Endereço: 9 - Número: 251 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Bento 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.315-631

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 99113-3855

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00073328-0

AGÊNCIA: CONTA:

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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ver 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 do sinistro

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista RR 09 de junho de 2020

X Elton Raimundo da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gomes Alves
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REQUISIÇÃO
GERAL

385311-0

DATA DE EMISSÃO 01/02/2018

DATA DE NASCIMENTO 08/11/1992

NOME
ELTON RAIMUNDO DA SILVA

FILIAÇÃO
ADALTO RAIMUNDO DA SILVA
REGINA TANCREDO

NATURALIDADE
CANTA - RR

DOC. ORDEM
CERTD NASC 35862 FLS 24-F LIV A-59
2º OF BOA VISTA-RR

CPF
029.697.822-19

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Pessoa - Pessoa Física

LEI Nº 7.110 DE 29/08/83

P1

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
029.697.822-19

Nome
ELTON RAIMUNDO DA SILVA

Nascimento
08/11/1992

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODELO CRUZ

Polegar Direito

ELTON RAIMUNDO DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODEJO CRUZ

 Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016

NOME
WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO
GERALDO ROCHA FRANCO
MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE
SANTA INÊS - MA DATA DE NASCIMENTO
09/12/1978

DCC ORDEM
CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35
2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 **AMADEU ROCHA TRIANI**
2 VIA *Partido Progressista do Povo Civil*
Deputado do RR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ASL-0163518/20
bianca.vieira
13/08/2020 14:38:04

ASL-0163518/20
bianca.vieira
13/08/2020 14:38:04

ASL-0163518/20
bianca.vieira
13/08/2020 14:38:04

ASL-0163518/20
bianca.vieira
13/08/2020 14:38:04

ASL-0163518/20
bianca.vieira
13/08/2020 14:38:04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163518/20

Vítima: ELTON RAIMUNDO DA SILVA

CPF: 029.697.822-19

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 09/03/2020

Titular do CPF: ELTON RAIMUNDO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ELTON RAIMUNDO DA SILVA : 029.697.822-19

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: 11/06/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200210669 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELTON RAIMUNDO DA SILVA **Data do acidente:** 09/03/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TETO ORBITAL BILATERAL E NASAL.
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 11/16 - LAUDO MÉDICO INFORMA QUE VÍTIMA AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUÍDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME:

Elton Raimundo da Silva

NACIONALIDADE:

Brasileiro

ESTADO CIVIL:

Solteiro

PROFISSÃO:

RG: 385311-0

CPF: 029.697.822-14

ENDEREÇO: R. Olívia Luiz 297

BAIRRO: São Bento

CIDADE: Boa Vista

CEP: 69.315-631

VITIMA:

Elton Raimundo da Silva

CPF: 029.697.822-14

DATA DO ACIDENTE:

NATUREZA: () DAMS

(X) INVALIDEZ

() MORTE

OUTORGADA:

NOME:

William Gonçalves Frazão

NACIONALIDADE:

Brasileiro

ESTADO CIVIL:

Casado

PROFISSÃO:

Autônomo

Nº. DO RG:

239717

ORGÃO EMISSOR:

SESP-RR

DATA DE EMISSÃO:

13.10.16

Nº. DO CPF:

825.396.343-20

ENDEREÇO:

Rua CC 11 295, Laura Moreira

PODERES:

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

Boa Vista RR, 07 de Abril de 2020

Elton Raimundo da Silva

ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

Elton Raimundo da Silva



Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Anísio de Faria, 4152 - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (16) 3518-1820
E-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br
192.179
Escritório Autorizado
13/08/2020 14:38:17