

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200274109 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BIANCA SOBRINHO **Data do acidente:** 11/12/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA (PG 3)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: BAM DATADO DE 11/12/2019 ACOSTADO NA PG 3 INFORMA FRATURA PRÉVIA DO MEMBRO INFERIOR. NÃO ESTABELECIDO NEXO DE CAUSALIDADE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS NA PG 1/2/4/5/6.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200274109

Vítima: BIANCA SOBRINHO

Data do Acidente: 11/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BIANCA SOBRINHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200274109

Vítima: BIANCA SOBRINHO

Data do Acidente: 11/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), BIANCA SOBRINHO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 11/12/2019, emitido pelo Dr. JESUS A LOPES AGUIRRE CRM nº 566 - RR, da Instituição SUS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 039.493.412-18 4 - Nome completo da vítima: Bianca Sobrinho

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

5 - Nome completo: Bianca Sobrinho 6 - CPF: 039.493.412-18
7 - Profissão: estuolante 8 - Endereço: Rua Acunete Tavares de Melo 9 - Número: 315 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Dr. Silveira Leite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-332
15 - E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95)98404-5368

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itaú
AGÊNCIA: 6953 CONTA: 25725 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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

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, 27/07/2020

Bianca Sobrinho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

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

Ocorrência Nº: 7294/2020 - Registrado em: 23/07/2020 às 16h 50min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 11/12/2019 às 08h 02min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: N11

Nº: S/N

CEP: 69316-360

Bairro: PINTOLANDIA

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

BIANCA SOBRINHO(20), nascido(a) em 11/09/1999, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 039.493.412-18, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de EVA SOBRINHO e PAULO DE SOUSA NUNES, endereço: VICENTE TAVARES DE MELO, cep: 69314-332, Nº: 315, bairro: DOUTOR SILVIO LEITE, BOA VISTA-RR, referência: POSTO DE SAÚDE DR SILVIO LEITE, Telefone: (95) 99136-4387.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO-DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE INFORMA QUE TRANSITAVA COMO PASSAGEIRA DA MOTOCICLETA CG TODAY 125, COR: PRETA, PLACA: NAI4029, CONDUZIDA POR SEU NAMORADO LUCAS, NO ENDEREÇO ACIMA QUANDO UMA MOTO INVADIU A PREFERENCIAL REPENTINAMENTE A FAIXA EM QUE A MESMA TRAFEGAVA NÃO DANDO TEMPO DE DESVIAR, OCORRENDO ASSIM A COLISÃO. A MESMA INFORMA QUE FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU ATÉ O HGR COM FRATURA NO OMBRO DIREITO E NO JOELHO ESQUERDO. É O RELATO.

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

RONALDO LUIZ DE SOUZA
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: SIAFI 710354
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Bianca Sobrinho

BIANCA SOBRINHO
COMUNICANTE

**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: 5612350

PAULO DE SOUZA NUNES

R. VICENTE TAVARES DE MELO, 315 ,

DR. SILVIO LEITE

69314332 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
675237	07/2020	17-JUN-20 a 20-JUL-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
914	06-AUG-20	R\$ 741,10

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
675237	07/2020	R\$ 741,10

836100000071.411000750009.000000000679.523707200052



05/2020



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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO

1089170

MÊS

05/2020

PERÍODO DE CONSUMO

25-APR-20 a 25-MAY-20

CONSUMO (kWh)

653

VENCIMENTO

11-JUN-20

TOTAL A PAGAR

R\$ 554,71

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

1089170

MÊS

05/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 554,71

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / RG EMISSORAF
114807 SSP RR

CPE
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC

CAT. JAB
AB

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

Nº REGISTRO
0110192304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616

750009.000000001081.917005200055



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 ECONOMIA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Márcio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 14 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Bianca Sobrinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.493.412 / 18

do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Bianca Sobrinho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.493.412 / 18, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

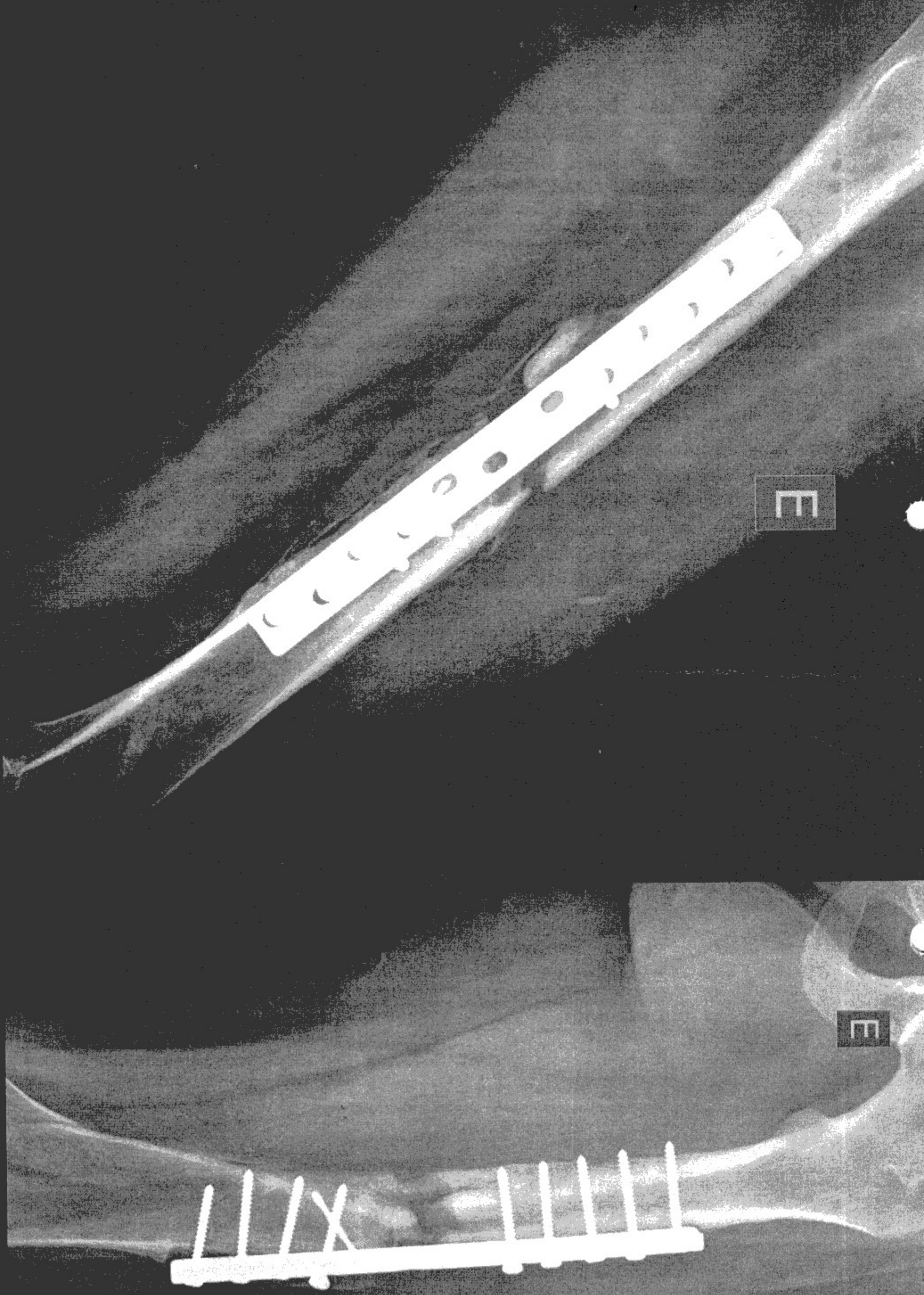
☒ Recuso informar

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 Antônio P. Valente</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Bumil</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILORRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 24/07/2020

Assinatura do Declarante



57,6 %

42,9 %

BIANCA SOBRINHO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: LEITO 316
Data: 03/02/2020

Nr: 335
Tec: ALLISON



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE LIANO SOBRINHO ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 13 03 20 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur esquerdo
NO DIA 16 03 20 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura de fêmur E SENDO
OPERADO PELO DR. Dehon E DR. Rogério
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 18 03 20 ÀS 10h00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1 1 1 ÀS em duas semanas COM O
DR. Dehon

ORIENTAÇÕES GERAIS :

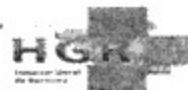
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

18/03/20

BOA VISTA

Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM/R 1964



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

1ª Classificação

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Rafael L. Salazar

Enfermagem
RR 001.058.491-1

1901196806 11/12/2019 01:08:02 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 4

Paciente: BIANCA SOBRINHO
Data Nascimento: 11/09/1999 Idade: 20 A 3 M 0 D CNS: 703402678516100 CPF: 03949341218 Prontuário: 00171529
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: RR Data Emissão: 23/08/2010 Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: EVA SOBRINHO Pai: NC Contato: (95) 99153-6653 Ocupação:
Endereço: RUA - VICENTE TAVARES DE MELO - 315 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Plano Convênio: N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:
Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: SOUSA

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

Anamnese de Enfermagem: GSC TOTAL: 15
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
Vítima de colisão moto x moto com trauma
em ~~choc~~ essa. Digo ~~ambos~~ DIRETO

Exame Físico: Trauma Rêvia de MM II

Hipótese Diagnóstica: Politrauma

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
DIPLOMA 2g IV		
TILMAN 40mg IV		
OMOPON		
Fratura clavícula dir.		
Lesão ligamentar lateral joelho - es.		

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: ONTOPEdia
☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / / : : : :
Assinado: J. H. Perez
BOB: 176
CRM-RR 566

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: sousa
Data Hora: 11/12/2019 01:10:03

© 2019
SOTEC - Soluções em Tecnologia
124 - Investimentos em Saúde
Vers. 4.2.57 - 01/06/20



1901196806

F

data 18.03.2020

Anexo I

BLOCO F

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF		16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		
21 - CID 10 PRINCIPAL		
22 - CID 10 SECUNDÁRIO		
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA		
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		
28 - DOCUMENTO		
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		
36 - CNPJ DA SEGURADORA		
37 - Nº DO BILHETE		
38 - SÉRIE		
39 - CNPJ EMPRESA		
40 - CNAE DA EMPRESA		
41 - CBOR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
46 - DOCUMENTO		
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		

Dr. Eduardo Gomes, S/N
 Av. Eng. Eduardo Gomes, S/N
 Novo Planalto - Tel: (93) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
 30/03/2020
 Certifico e Dou Fé que a presente
 cópia é fiel reprodução Original
 que foi apresentada neste Hospital

0408050519
5723



BOLETIM OPERÁRIO

Data:

16/03/70

O.S.

B. J. J. J.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Cisto de jônio I

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

D. J. J.

1º AUXILIAR:

R. J. J.

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Juncão em 50% sob sedação
- 2) Juncão e 12% juncão
- 3) Colocação de cisto e jônio
- 4) Juncão em região lateral de jônio I
de jônio de jônio com reação jônio
com jônio de jônio de jônio
com 10 juncão + reação de jônio
- 5) LMK com SFA 50%
- 6) Juncão com Vient + Mylon
- 7) Juncão
- 8) Juncão

Dr. Dalson Feitosa
Ortopedia - Traumatologia
CRM-RS 1172Dr. Dalson Feitosa
Ortopedia - Traumatologia
CRM-RS 1172

Bianco Sobrinho 20 a 0

Valência: Baurópolis
Ocupação: Ocupação

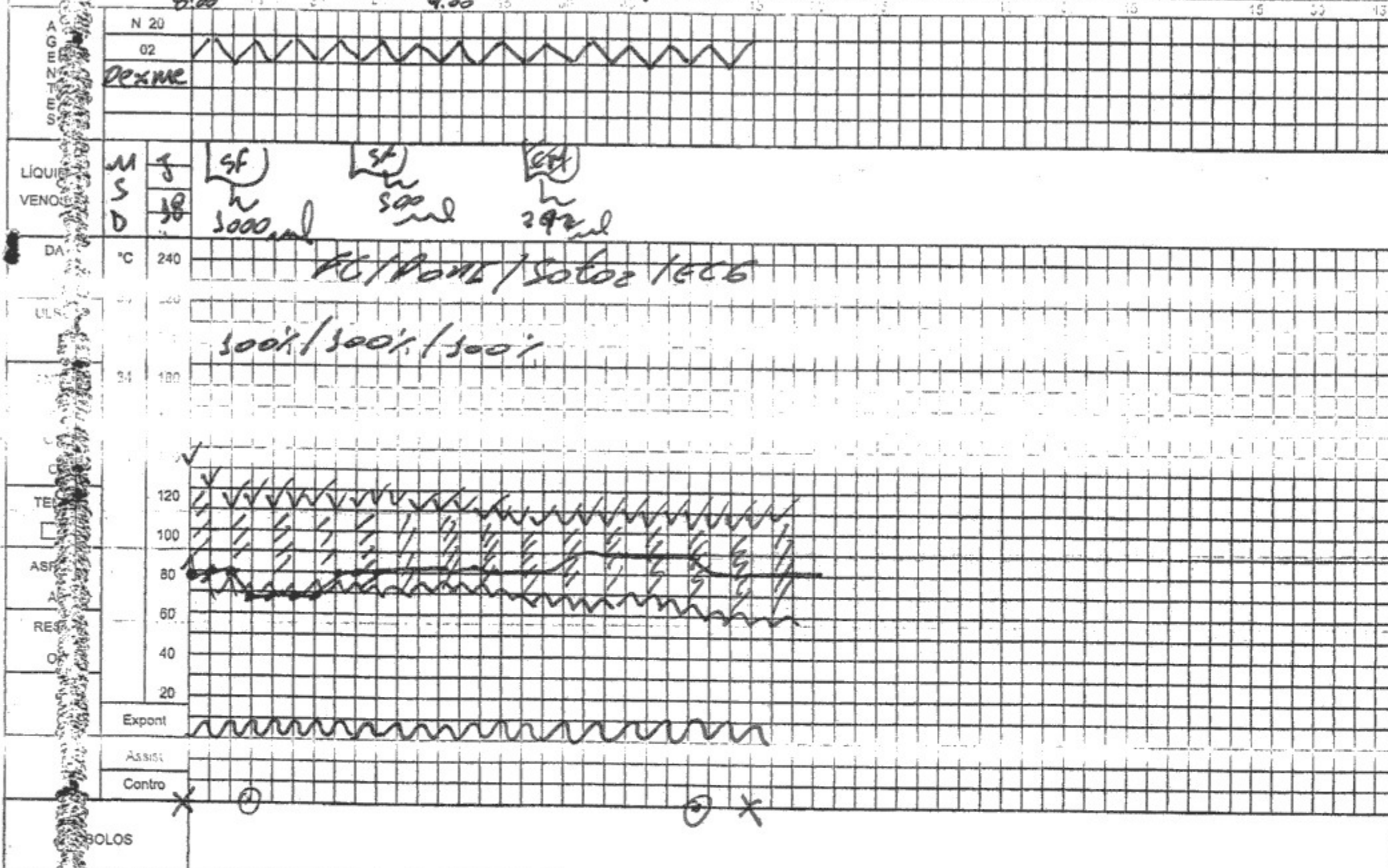
CXORTOPEDICO
ELETRICA

PRESCRIÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

FM 100mg { 3v
MDZ 5mg { 8:30 Sotipotonia.

Nº Boa Visto - 11

16/03/20



AGENTE	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Bianco Sobrinho 20 a 0	Proximamente	X Monitorização
B		Lombom sob ventilação espontânea.	① Checoagem OK
C			② Venoclise MDZ 5mg OK
D			③ Antissepsia Região Lombom com álcool 70% + Infiltração de Plomex + Punção Lombom n.º 3 Sg 266 de Quinke
E			liquor cloroformoso
F			injeção de Sg A.
G			Bloqueio rotapontonia.
OPERADOR			Lariango - Espasmo - Excesso Secre
			Depressão Respiratória - Hipoxia
			"Bucking" - Vômito
			Hemorragia - Arritmia
			Bradi Taquicardia - Choque
ANESTESIA			PERDA SANGÜÍNEA
Dr. Fabian			
Res. Emanuel			

Osteossintese de Fêmur + enchimento

Dr. Fabian

CÓDIGO

CIRURGIÃO

Dr. Bolson / Dr. Rogério

Alberto F. M. Herrera
Médico-Anestesiologista
CRM 302/RR

- ④ Ceftriaxona 2g IV
- ⑤ Ketorolaco 10mg IV
- ⑥ Atropina 1mg IV
- ⑦ Pct do parto out RPA.

05/2020



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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO

1089170

MÊS

05/2020

PERÍODO DE CONSUMO

25-APR-20 a 25-MAY-20

CONSUMO (kWh)

653

VENCIMENTO

11-JUN-20

TOTAL A PAGAR

R\$ 554,71

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

1089170

MÊS

05/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 554,71

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / RG EMISSORAF
 114807 SSP RR

CNP
 383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
 07/04/1978

FILIAÇÃO
 JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
 ACC

CAT. JAB
 AB

Nº REGISTRO
 0110192304

VALIDADE
 28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
 15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
 30/01/2015

92485240616

750009.000000001081.917005200055



 	
BRANCA. Sobrinho	
RR	0040
8131735	
161.42491.32-9	
CARTÃO DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200274109 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BIANCA SOBRINHO **Data do acidente:** 11/12/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA (PG 3)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: BAM DATADO DE 11/12/2019 ACOSTADO NA PG 3 INFORMA FRATURA PRÉVIA DO MEMBRO INFERIOR. NÃO ESTABELECIDO NEXO DE CAUSALIDADE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS NA PG 1/2/4/5/6.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Bianca Sobrinho
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	autônoma
IDENTIDADE:	415 219 - 0
ENDEREÇO:	Rua Vicente Taubones de Melo nº 315

OUTORGADO

NOME:	Iloir Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 55 P - RR
ENDEREÇO:	Rua Antonio P. Osório, 1832, Boa Vista

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 11/12/2019, cobertura Invalidez, vítima: Bianca Sobrinho

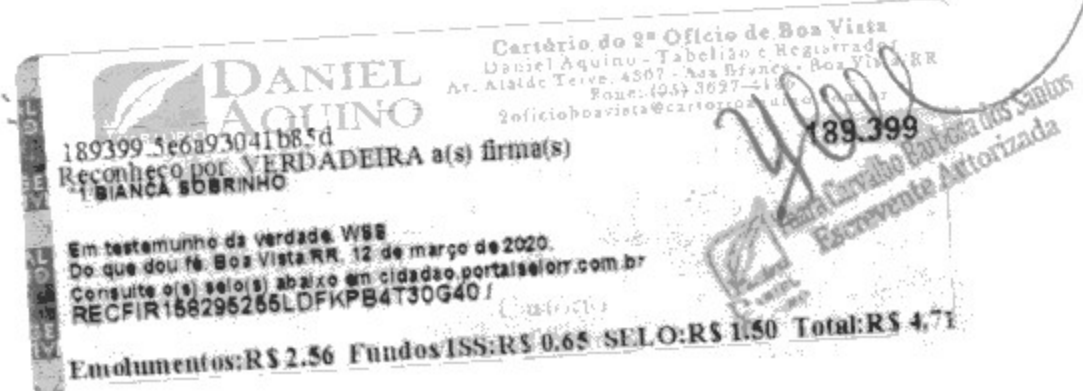
Boa Vista - RR, 12/03/2020

LOCAL E DATA

Bianca Sobrinho

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0215247/20

Vítima: BIANCA SOBRINHO

CPF: 039.493.412-18

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 11/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BIANCA SOBRINHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

BIANCA SOBRINHO : 039.493.412-18

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: 03/08/2020
Nome: BIANCA SOBRINHO
CPF: 039.493.412-18

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/08/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

BIANCA SOBRINHO

MANOEL COELHO NETO