
Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200190067

Vítima: LEILA KENNE LOPES BARATA

Data do Acidente: 09/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEILA KENNE LOPES BARATA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200190067

Vítima: LEILA KENNE LOPES BARATA

Data do Acidente: 09/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEILA KENNE LOPES BARATA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LEILA KENNE LOPES BARATA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 000009016-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



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:

645.272.392-87

4 - Nome completo da vítima:

Isela Kenne Lopes Barato

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

5 - Nome completo:

Isela Kenne Lopes Barato

6 - CPF:

645.272.392-87

7 - Profissão:

Academista

8 - Endereço:

Rua Isela

9 - Número:

259

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Coqueiros

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317-348

15 - E-mail:

ISIELA@HOTMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

(65) 98404-2368

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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:

3906

CONTA:

9016

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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, 22/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 015635/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/05/2020 08:55 Data/Hora Fim: 13/05/2020 15:35
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 13/05/2020
Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA Ocorrência

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 09/06/2019 03:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Buritis
Logradouro: AV. MARIO HOMEM DE MELO

Ponto de Referência: PROX. SEMAFORO DA FEIRA DO BAIRRO BURITIS
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LEILA KENNE LOPES BARATA (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 05/08/1979	Idade: 40 anos
Naturalidade PA - Belém	Profissão: Operador de Caixa	Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: RAQUEL LOPES BARATA		Nome do Pai: FRANCISCO PRAXEDES BARATA	
Em Serviço: Não			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 645.272.392-87
RG - Carteira de Identidade: 139041

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R Leste
Bairro: Equatorial
Nº: 254
CEP: 69.317-348

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)	
Nacionalidade: Brasileira	Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição HONDA BIZ 125cc PLACA NAM - 2048	CPF/CNPJ do Proprietário 382.832.712-53
Placa NAM2048	Renavam 00893331775
Número do Motor JA04E26881680	Número do Chassi 9C2JA04206R881680



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015685/2020

Ano/Modelo Fabricação 2006/2006

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 22/07/2014

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Sra. Delegada de Polícia, a comunicante acima qualificada informa que no dia e horário acima informado pegou uma carona com sua prima em uma motocicleta Honda Biz 125CC (acima descrita) e no momento em que trafegavam pela Av. Mario Homem de Melo no sentido Centro/Bairro, quando ao aproximar do cruzamento de vias onde há um semáforo o condutor de um veículo de marca, modelo e condutor não identificado que não parou desrespeitando o sinal vermelho de PARE causando a colisão entre os veículos; Que a condutora do veículo sofreu apenas escoriações, porém a comunicante teve lesões mais graves sendo necessário o atendimento do atendimento de urgência do SAMU e posteriormente encaminhada ao PSE/HGR para atendimento médico. Era o que tinha a comunicar.

ASSINATURAS

Frank Pessoa de Carvalho
Agente de Polícia
Matrícula 042000410
Responsável pelo Atendimento

LEILA KENNE LOPES BARATA
(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, a ser de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro"

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do Contrato do ASU: 3 - CPF da vítima: 645.272.302-87 4 - Morfe completo da vítima: Leda Kerne Lopes Barato

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 446/2002

5 - Nome completo: Leda Kerne Lopes Barato 6 - CPF: 645.272.302-87
7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: Rua Leda 9 - Número: 234 10 - Complemento:
11 - Bairro: Equatorial 12 - Cidade: São Luís 13 - Estado: RR 14 - CEP: 65.317-343
15 - E-mail: LK@BRUNO.COM

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (091) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3906 CONTA: 9016 1
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Cou de Permissão 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 herdeiros? ☐ 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 provarão esta condição; estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir 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 rgo): 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Luís - RR, 20/05, 2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Leda Kerne Lopes Barato

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEILA KENNE LOPES BARATA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000009016-1

Nr. da Autenticação 477C66B328329672



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0108095-4

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-9
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal 4468354
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCAM*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	06/02/2020	175	295,23

RAQUEL LOPES BARATA
R. LESTE 254 - EQUATORIAL
CEP: 69.317-348 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 5928	Atual: 22/01/2020	Grupo/Subgrupo: 1-1-1-2
Anterior: 6722	Anterior: 20/12/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 22/02/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 22/01/2020	Número Medidor: 1402/BR062
Consumo medido: 175	Apresentação: 22/01/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 175		Modalidade:

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	175 A R\$ 0,760481 =	133,08
CORR MONETÁRIA 1CD (IG 5/10)		0,94
PARCELAMENTO DE DÉBITO 5/10		136,13
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		25,08

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 175 - 0,619770	
Média 12 meses: 172	

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

elétrica a partir de 06/02/2020, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SPERA. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavaliadas no valor de R\$ 611,02 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
12/2019 273,62

LIGUE 0800701120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO DCS3.34CB.E801.64F3.83A2.5875.1552.8C16

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$
Energia: 71,04	Base de Cálculo: 133,08
Distribuição: 31,69	ICMS: 17,66%
Transmissão: 0,00	PIS: 0,31%
	COFINS: 1,45%
	VALOR: 22,62
	VALOR: 0,41
	VALOR: 1,93

INDICADORES DE CONTINUIDADE	DIC	FIC	DMC	DICRI
Limite	0,00	0,00	0,00	
Realizado	0,00	0,00	0,00	
Conjunto	0,00	0,00	0,00	
DISTRITO				
Período de apuração:				
11/2019				
EUSD:				54,91

ROT: -7-001-23-06-045460



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-9

SEU CÓDIGO
0108095-4

TOTAL A PAGAR - R\$
295,23

MÊS FATURADO
01/2020

VENCIMENTO
06/02/2020

Nº da Nota Fiscal 4468354

FCAM*

83690000002 4 95230075000 9 00000000108 1 09540120008 4



SEQ.: 0261 UC: 0108095-4 DT. LEIT.: 22/01/2020 T. ENTR.: 07
LEITURA: 5908 NORMAL TOTAL: 295,23 CARGA: 024
DT. VENC.: 06/02/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4211

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impostos Autorizada pela SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal 4872055

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2020	11/04/2020	389	365,12

ILDIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO GALVAO 1832-6 - BURITIS
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA
CPF: 00038305151204

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 937 Anterior: 548 Dias de consumo: 39 Constante de Multiplicação: 1,000 Consumo medido: 389 Consumo faturado: 389	Atual: 25/03/2020 Anterior: 21/02/2020 Próxima leitura: 25/04/2020 Emissão: 24/03/2020 Apresentação: 25/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1.2 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL Ligação: BIFASICA Número Medidor: TIG1510504 Forma de Faturamento: NORMAL Modalidade: N 1519404

CONSUMO	DESCRICO DA CONTA	
CORRECAO MONETARIA DA IL (3X)	389 A R\$ 0,764425 =	297,36
CORRECAO MONETARIA IGPM (3X)		0,68
MULTA POR ATRASO DE IL. (3X)		3,47
JUROS DE MORA POR ATRASO (3X)		6,31
MULTA POR ATRASO (3X)		1,08
JUROS DE MORA DE IMPORTE (3X)		10,36
ILUMINACAO PUBLICA		3,74
		42,12

OUTRAS INFORMACOES
TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 389 - 8,617770



MENSAGENS IMPORTANTES
REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019128 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16.11.16 28 25
Parabéns! Até o dia 24/03/2020, não constam faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO		674C.73E7.03C1.B94F.E49C.9AB8.5234.CB98	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	160,00	Base de Cálculo:	297,36
Obrigações:	72,43	ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,82	PIS:	0,30%
		COFINS:	1,75%
			5,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
	DIC	FIC	CMIC
	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99
Realizado	0,00	0,00	0,00
Conjunta	Período de apuração: 01/2020		
	EURO: 74,44		

ROT: 5.001.12.04.021730
RORAIMA ENERGIA
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO: 0109029-1
MÊS FATURADO: 03/2020
Nº da Nota Fiscal: 4872055
FCAM

TOTAL A PAGAR - R\$: 365,12
VENCIMENTO: 11/04/2020

83660000003 5 65120075000 8 00000000109 9 02910320008 4

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ILDIR INACIO DE SOUZA

DTC IDENTIDADE (RG) CASAMENTO: 114807 SSP RR

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1979

FRANCO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: [] ACC: [] CAT: []

Nº REGISTRO: 01101912304 VALIDADE: 20/01/2020 1ª HABILITAÇÃO: 15/12/1999

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO TITULAR: [] DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA

AVULSO FOTOCOPIAR PERMISSÃO DIRETORIA PROVISÓRIA

ASSINATURA DO FISCAL: []

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

SEQ.: 0300 UC: 0109029-1 DT. LEIT.: 25/03/2020 T. ENTR.: 01
LEITURA: 937 NORMAL TOTAL: 365,12 CARGA: 00
VENC.: 11/04/2020 TRFEC: 00000000109 9 02910320008 4

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12¹

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 SUSEP¹ 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 Stela Simeão de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Heila Kenne Lopes Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 645.272.392 / 87
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Heila Kenne Lopes Bezerra
inscrito (a) no CPF sob o Nº 645.272.392 / 87, 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: Rua Getúlio P. Galvão

Bairro: Buritis

Cidade: Boa Vista

Número: 1832

Complemento: _____

Estado: RR

CEP: 69.309-209

Tel.(DDD): _____

E-mail: ILDIRRR@HOTMAIL.COM

Local e Data: Boa Vista - RR 22/05/2020

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Raúl René López Benítez

RECIBIMOS

LAUDO MÉDICO

Préente com fratura de grande
tuberosidade do úmero esquerdo.

Suporta facilmente as suas
atividades laborativas por 45
dias de acordo com exames
feitos.

DATA: 01/09/19

Dr. Pedro Di Girolamo
Ortopedista Traumatologista
CRM-RR 1615 / ROE 604

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinheiro, 639 - Centro - Boa Vista - RN
FONE: (51) 3311-1111 - 3311-1112



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação/Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

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

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

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

1901120740 09/06/2019 06:04:11 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 16

Paciente LEILA KENIA LOPES BARATA Data Nascimento 05/08/1979 Idade 39 A 10 M 4 D CNS CPF 07 Prontuário

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo F Estado Civil RAÇA/COR Parda Naturalidade Nacionalidade BRASILEIRA

Mãe NAO INFORMADO Pai NI Contato

Endereço RUA - - SN - - BOA VISTA - RR Ocupação

Class. de Risco SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

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

Sector GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por: MARIZETE.MALAQUIAS

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

Anamnese de Enfermagem *Paciente relatou acidente por queda de altura*

GSC AO 1234 RV 12345 MRV 123456 TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

em 5 E

Exame Físico *Silente Rx, agudo*

Hipótese Diagnóstica *Atorção D*

SADI - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

*Dipirona 2g @ po
Paracetamol 400mg @ po
Trombolítico 100 mg @ po*

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 ☐ JML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: marizete.malaquias
Data Hora: 09/06/2019 06:32:12

10.102.5.252:8888/ISA/ISA4/498C97DF-D427-437D-908D-1ABDB1AF61C4.html



1901120740



Hospital Geral de Roraima - HGR
RESUMO DE ALTA HOSPITALAR
CLÍNICA MÉDICA
IDENTIFICAÇÃO



Nome: Leila Kenne Lopes Barata **Idade:** 39 anos

Data de internação no HGR: 24/06/2019

Diagnóstico: Lesão traumática em dorso de pé Esquerdo

Resumo da História Clínica: Paciente feminina, brasileira, oriunda do Hospital Lotty Iris, após acidente de moto ocorrido no dia 09/06/2019, com lesão de partes moles em Pé Esquerdo. Evoluiu com quadro de celulite, com necrose e secreção purulenta, sendo abordada com Cefepime e Clindamicina. Foi avaliada pelo serviço de Cirurgia do HLI, que recomendou o desbridamento cirúrgico da ferida e encaminhamento ao HGR. Avaliada pelo serviço de Cirurgia Plástica do HGR, Dr Arcoverde, que verifica ferida em processo de granulação, sem indicação de enxertia de pele no momento, propondo realizar curativos pela rede de atenção básica e posterior encaminhamento ambulatorial para a especialidade. Hoje (06/07/2019), recebe alta, com uso de sintomáticos.

EXAME FÍSICO

Paciente em bom estado geral, colaborativa, vígil, lúcida e orientada no tempo e espaço, responde a estímulos verbais, afebril, eupneica em ar ambiente, hidratada, normocorada, acianótica, anictérica.

Aparelho Cardíaco: ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros.

Aparelho Respiratório: Boa expansibilidade torácica, simétrico, FTV presente, sem tiragem intercostal; Murmúrio Vesicular Universalmente Audível em ambos hemitórax.

Abdome: Globoso, Flácido, ruídos hidroaéreos presentes, indolor à palpação superficial e profunda e s/ VMG.

Extremidades: panturrilha livre, perfusão periférica < 3 segundos, s/ edemas. Ferida em dorso do pé esquerdo em processo de granulação, sem área de necrose.

Seguimento: Encaminho ao Ambulatório de Cirurgia Plástica e à UBS.

Em caso de piora, oriento paciente a retornar a este Hospital para atendimento médico no Pronto Socorro.

Médico Residente, Dr. Alex Matos
Sob Orientação, Dra. Camila Flora



Boa Vista-RR, 06 de julho de 2019.

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

NIR

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1

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

LEILA KENNE LOPES BARATA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

00017315

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 8 1 0 5 5 2 8 5 2 2 9 3 4

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/08/79

9 - SEXO

Masc.

X

Fem.

10 - RAÇA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

RAQUEL LOPES BARATA

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA LESTE, 254, EQUATORIAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

RR

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE SEM COMORBIDADES, JOVEM, COM FERIDA INFECTADA EM REGIÃO DE DORSO LATERAL DE PE E COM SAÍDA DE SECREÇÃO MUCOPURULENTO DE ODOR FETIDO COM ÁREA DE NECROSE.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FERIDA INFECTADA

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

A

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

(x) CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JAYNNE
MAGALHÃES

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21 / 06 / 19

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

21/06/1967

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRANSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. 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

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

BPA

OK

E

data: 06/07/19



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
HGR

BLOCO E

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HGR

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
LEILA KENNE LOPES BARATA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

17315

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708105528522934

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/08/79

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Raquel Lopes Barata

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Leste, 254, Equatorial

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

RR

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE 39 ANOS, COM CELULITE EM PÉ E APÓS ACIDENTE DE MOTO. APRESENTA SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTA E TECIDO NECROTICO. AVALIADA PELA CIRURGIA GERAL NO HLI, ONDE FOI INDICADO DESBRIDAMENTO CIRURGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

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

ANAMNESE + EX CLINICO



23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

CELULITE EM PÉ E

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

02563379261

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Jádio J. M. Nogueira

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24/06/2019

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

CRM-RR 2070

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 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0303080078

L034

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

04/06/19

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: HGR

NOME: LEILA KENNE LOPES BARATA

IDADE: 39 ANOS

BLOCO: PAAR

ENFERM:

LEITO: ADM

De: CLÍNICA MÉDICA

Para: ~~CLÍNICA MÉDICA~~

Cirurgia Geral

Paciente feminina, diabética, apresentando ferida infectada, necrosada e com secreção purulenta no tornozelo.

Solicito parecer e conduta.

Grato

25/06/2019

Data



Dr. Odinaeli Okemiri
Médico
CRM/RR 1851
Médico(a)

25/06/19 às 11:26

Paciente com histórico de trauma por queda de moto há aprox 15 dias, recebeu primeiro atendimento no HGR e foi encaminhada ao HLI. Veu encaminhada do HLI por apresentar lesão necrótica com necessidade de desbridamento cirúrgico. Ao exame visual com centro necrótico de aprox 10cm - realizando desbridamento cirúrgico sugiro manter antibioticoterapia + curativo diário (desbridamento cirúrgico) e acompanhamento do S.T.F + cirurgia plástica.

Data

Solicito exames pré-operatórios

médico

S.O. Dr. Claudio

Dr. Jorge Barros Freitas
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM-RR 2094



Hospital Geral de Roraima - HGR
RESUMO DE ALTA HOSPITALAR
CLÍNICA MÉDICA
IDENTIFICAÇÃO



Nome: Leila Kenne Lopes Barata **Idade:** 39 anos

Data de internação no HGR: 24/06/2019

Diagnóstico: Lesão traumática em dorso de pé Esquerdo

Resumo da História Clínica: Paciente feminina, brasileira, oriunda do Hospital Lotty Iris, após acidente de moto ocorrido no dia 12/06/2019, com lesão de partes moles em Pé Esquerdo. Evoluiu com quadro de celulite, com necrose e secreção purulenta, sendo abordada com Cefepime e Clindamicina. Foi avaliada pelo serviço de Cirurgia do HLI, que recomendou o desbridamento cirúrgico da ferida e encaminhamento ao HGR. Avaliada pelo serviço de Cirurgia Plástica do HGR, Dr Arcoverde, que verifica ferida em processo de granulação, sem indicação de enxertia de pele no momento, propondo realizar curativos pela rede de atenção básica e posterior encaminhamento ambulatorial para a especialidade. Hoje (06/07/2019), recebe alta, com uso de sintomáticos.

EXAME FÍSICO

Paciente em bom estado geral, colaborativa, vigil, lúcida e orientada no tempo e espaço, responde a estímulos verbais, afebril, eupneica em ar ambiente, hidratada, normocorada, acianótica, anictérica.

Aparelho Cardíaco: ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros.

Aparelho Respiratório: Boa expansibilidade torácica, simétrico, FTV presente, sem tiragem intercostal; Murmúrio Vesicular Universalmente Audível em ambos hemitórax.

Abdome: Globoso, Flácido, ruídos hidroaéreos presentes, indolor à palpação superficial e profunda e s/ VMG.

Extremidades: panturrilha livre, perfusão periférica < 3 segundos, s/ edemas. Ferida em dorso do pé esquerdo em processo de granulação, sem área de necrose.

Seguimento: Encaminhado ao Ambulatório de Cirurgia Plástica e à UBS.

Em caso de piora, oriento paciente a retornar a este Hospital para atendimento médico no Pronto Socorro.

Médico Residente, Dr. Alex Matos
Sob Orientação, Dra. Camila Flora

Alex Matos
Médico Residente
Clínica Médica
CRM-RR 2054

Boa Vista-RR, 06 de julho de 2019.



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

Núcleo Médico
04/07/19 às 11:15hs Ass:

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: HGR
NOME: Leila Kenne Lopes Barata
IDADE: 39a REGISTRO: 505-3
BLOCO: E ENFERMARIA: 503-B
UTI: EMERGÊNCIA:

DE: Clinica Médica

PARA: Cirurgia Plástica

Dados Clínicos:

Paciente f. 39a, lesão em dorso de pé (E) provocado por trauma por queda de metro dia 09/06. Evolução com necrose local com necessidade de desbridamento, já abordada pela cirurgia geral dia 25/06. CG indica acompanhamento com Cirurgia Plástica.
Solicito Avaliação. Grato!

04/07/19
Data

Alex Matos
Médico Residente
Clínica Médica
CRM-RR-2064

PLÁSTICO

Fornecer um parecer sobre a necessidade de cirurgia plástica, no momento em que a lesão já está em fase de cicatrização e a paciente apresenta uma deformidade funcional e estética (deformidade em "Z" no dorso do pé).

Dr. Márcio Arcoverde
Cirurgia Plástica
CRM/RR 1239 RQE:545

REGISTRAR
GERAL

139041

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE
EXPIRAÇÃO 14/06/2017

NOME
LEILA KENNE LOPES BARATA

DATA DE NASCIMENTO
05/08/1979

FRANCISCO PRAVEDES BARATA
RAQUEL LOPES BARATA

NOME DO PAI

BELEM - PA

CERTD NASC 40482 FLS 214 LIV A-41
BELEM-PA

645.272.392-87

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

LEI Nº 7.116 DE 20/09/83

P7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GERAL CRUZ



Polegar Direito



Leila Kenne Lopes Barata

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200190067 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEILA KENNE LOPES BARATA **Data do acidente:** 09/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA GRANDE TUBEROSIDADE DO ÚMERO ESQUERDO.
LESÃO EM PARTES MOLES NO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO DO PÉ). DEMAIS, CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200190067 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEILA KENNE LOPES BARATA **Data do acidente:** 09/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA GRANDE TUBEROSIDADE DO ÚMERO ESQUERDO.
LESÃO EM PARTES MOLES NO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO DO PÉ). DEMAIS, CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Leila Kerne Lopes Barata
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	op. de caixa
IDENTIDADE:	139044 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. Vinte e Quatro 254 Equatorial Campo

OUTORGADO

NOME:	Leilânio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autorano
IDENTIDADE:	114.807 SS P-RR
ENDEREÇO:	R. Antônia P. Galvão 1839

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: 09/06/2019, cobertura Invalidez, vítima: Leila Kerne Lopes Barata

Boa Vista 18-03-2020

LOCAL E DATA

Leila Kerne Lopes Barata

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147829/20

Vítima: LEILA KENNE LOPES BARATA

CPF: 645.272.392-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/06/2019

Titular do CPF: LEILA KENNE LOPES BARATA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

LEILA KENNE LOPES BARATA : 645.272.392-87

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: 25/05/2020
Nome: LEILA KENNE LOPES BARATA
CPF: 645.272.392-87

LEILA KENNE LOPES BARATA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/05/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO