

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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, retorno 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:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Icicle Kenne Leopoldo Barata		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:	6 - CPF:	7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:
10 - Complemento:	11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - e-mail:	16 - Tel. (DDD):	17 - Nome completo do Representante Legal:		
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS:

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | Nome do BANCO: _____ |
| <input type="checkbox"/> Itaú (341) | |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | |

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 9016 / 1

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varíaseco)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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)

40 - Local e Data:

Icicle Kenne Leopoldo Barata
Bonito - RR, 20/05/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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 Nº: 254
Bairro: Equatorial 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 eu(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração § 6º da Lei nº 8.072/90, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia 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 (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Mó do sinistro (ex-ASU) 3 - CPF da vítima: 4 - Morte completa da vítima:
645.272.302-87 Leila Kenna Lopes Brant

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

1 - Nome completo:	Leila Kenna Lopes Brant	6 - CPF:	645.272.302-87
7 - Profissão:	8 - Endereço: Rua Ipeko	9 - Número:	254
10 - Bairro:	Equatorial	11 - Cidade:	San Gião
12 - UF:	CE	13 - CEP:	63170-340
14 - Telefone:	645.317-3467	15 - Telex:	(64) 3104-3367

16 - INSTITUIÇÃO MOTRIZ (se houver)

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAPEL, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR 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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PMS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Corrente para os básicos diárias. Residuo uma vez)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (dicas es bacias)
<input type="checkbox"/> Bradesco (327)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 9016 1
 Informar o dígito de conta Informar o dígito de conta Informar o dígito de conta Informar o dígito de conta

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Notifico o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica fornecida, sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do Seguradora Lider 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 discordar 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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: Sim Não
 teve filhos? Vivos Falecidos? falecidos? falecidos? Vivos Falecidos? falecidos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem sua condição, estando certo, 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 - Nome legível de quem assina o pedido (se houver):

35 - CPF legível de quem assina o pedido (se houver):

36 - Assinatura de quem assina o pedido (se houver):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (se houver):

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da gestante/mulher

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da gestante/mulher

40 - Local e Data: Belo Horizonte, 20/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): Leila Kenna Lopes Brant

42 - Assinatura do procurador (se houver):

43 - Assinatura do procurador (se houver):

FPS 001-V002/2019

NÚCLEO DE TRABALHO

PERMANENTE

MÓVIL

TESTEMUNHA

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: 00000009016-1

Nr. da Autenticação 477C66B328329672



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0108095-4

4468354

Nº da Nota Fiscal A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
decreto-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

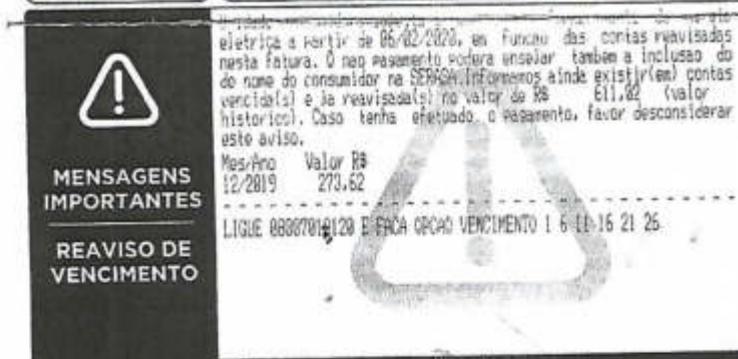
RAQUEL LOPES BARATA
R. LESTE 254 - EQUATORIAL
CEP: 69.317-348 - BOA VISTA

CONJUNTO CRUZIANA II

DADOS DA LEITURA (kWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 5198	Atual: 22/01/2020	Grupo/Subgrupo: RESIDENCIAL
Anterior: 6720	Anterior: 29/12/2019	Classe/Subclasse: BEMBORA
Dias do consumo: 33	Próxima Leitura: 22/02/2020	Ligaçao:
Constante de Multiplicador: 1.7600	Emissão: 20/01/2020	Número medidor: 1400609462
Consumo medido: 175	Apresentação: 22/01/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 175		Modalidade:

DESCRIPÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	175 A R\$ 0,769481 =	133,08
CORR MONETARIA TCD (IG 5/10		0,94
PARCELAMENTO DE DEBITO 5/10		136,13
ILUMINACAO PUBLICA		25,08

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDICÃO											
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 175 - 0,617700													
Média 12 meses: 172													



RESERVADO AO FISCO		DC53.34CB.E801.64F3.83A2.5875.1552.8C16	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	74,04	Encargos:	4,89
Distribuição:	31,69	Tributos:	24,96
Transmissão:	0,00	Base de Cálculo:	130,68
		ICMS:	17,88%
		PIS:	0,31%
		COFINS:	1,45%
		ALÍQUOTA	VALOR
			22,42
			0,41
			1,93

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC	FIC	DMIC	DICRI
17,78	35,40	8,40	16,92
0,00	0,00	0,00	0,00
Realizado	DISTRITO	Período de apuração:	EUBO:
Conjunto		11/2019	54,91

ROT: -7.001.28.08.045400



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

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 000000000108 1 095401200008 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



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0109029-1

Nº da Metr. Fiscal 4872055

4872055

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Górcer, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.607.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 366

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2020	11-4-2020	389	365,12
ILOIR INACIO DE SOUZA R. ANTONIO GALVAO 1832 - BURITIS CEP: 69.309-209 - BOA VISTA		CPF: 00038305151204	

	DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	389 A R\$ 0,764425 =	
CORRECAO MONETARIA DA IL (3X)		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
		13,21

第十一章 财务管理

TARIFA SEMI TRIBUTOS:
"B A 389 - 0,617772

HISTÓRICO DE MEDICAÇÃO	
MAR/19	279
ABR/19	269
MAI/19	168
JUN/19	206
JUL/19	13
AGO/19	133
SET/19	172
OUT/19	173
NOV/19	136
DEZ/19	121
JAN/20	246
FEV/20	308
MAR/20	369

Média 12 mensais: 1.005

LIGUE 00997019128 E FAÇA O PRAZO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Paráclens Até o dia 24/01/2020, não constatando faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.



MENSAGENS IMPORTANTES

**REAVISO DE
VENCIMENTO**

DEPARTMENT OF STATE

RESERVADO AO FISCO		674C.73E7.03C1.B94F, F49C.9AB8, 5234, CB98		
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
		Base de Cálculo:	AU QUOTA	VALOR
Energia:	160,00	Encargos:	0,16	
distribuição:	70,43	Tributos:	57,03	
Transmissão:	0,00			
		297,43		
			ICMS:	17,00
			PIS:	0,38
			COFINS:	1,70

	INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			CMIC		DICH	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal	
Límite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99			
Realizado	0,00	0,00	-	0,00	-	-	0,00			
Conjunto	FLORESTA			Período de apuração:			01/01/2020	EURO:		

ROT: 5.001.12.04.021230



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.002.022-3

SEU CÓDIGO
0100020-1

TOTAL A PAGAR - R\$

MÊS FATURADO
03/2020

VENCIMENTO
11/04/2020

Nº da Nota Fiscal:

FCAM*

4822055 FCA
8366000003 5 65120075000 8 0000000109 9 02910320008 4

UC: 0109029-1 DT.LEIT.: 25/03/2020 T.ENTR.: 0
A: 937 NORMAL TOTAL: 255

**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 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 PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA STRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PRÉVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ipirá Kenne Leopoldo Barreto

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051-519 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermédio (a) do Beneficiário

Ipirá Kenne Leopoldo Barreto inscrito (a) no CPF sob o N° 645.272.392-87.

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ipirá Kenne Leopoldo Barreto.

inscrito (a) no CPF sob o N° 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 Contáculos P. Galvão

Bairro: Buriti

Cidade: Boa Vista

E-mail: ILDFRRR@HOTMAIL.COM

Número: 1832

Complemento:

Estado: RR

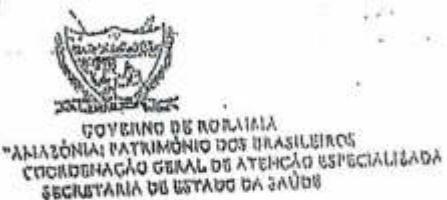
CEP:

69.309-209

Tel.(DDD):

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

Assinatura do Declarante



GOVERNO DE RORAIMA
"ANÁTONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

NOME: Ricardo Kena Lopes Basti

RECEITUÁRIO

LAVAO NÉBIO

Paciente com fistula de grande
tuberculose do útero segredo.

Sugio abertura dos mes-
mos
atendendo laboratório por 45
dias de acordo com indica-
ções

peito.

DATA: 01/01/19

Dr. Pedro Di Giorgio
Ortopedista Traumatólogo
CRM-RR 1625 / ROE 674

Assinatura o Galvão

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Av. Coronel Pinheiro, 628 - Centro - CEP 69100-000
Fone: 65-221-1000

Vito we

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1 ^a Classificação	Reclassificação	Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		(<input type="checkbox"/>) Vermelho (<input type="checkbox"/>) Laranja (<input type="checkbox"/>) Amarelo (<input type="checkbox"/>) Verde (<input type="checkbox"/>) Azul Ass.	(<input type="checkbox"/>) Vermelho (<input type="checkbox"/>) Laranja (<input type="checkbox"/>) Amarelo (<input type="checkbox"/>) Verde (<input type="checkbox"/>) Azul Ass.	(<input type="checkbox"/>) Vermelho (<input type="checkbox"/>) Laranja (<input type="checkbox"/>) Amarelo (<input type="checkbox"/>) Verde (<input type="checkbox"/>) 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 10M 4 D	CNS	CPF	Prontuário
Tipo Doc Documento	Órgão Emissor Data Emissão	Sexo F	Estado Civil	Raça/Cor PARDA	Naturalidade
Mãe NAO INFORMADO			Pai NI		Contato
Enderéco RUA -- SN -- BOA VISTA - RR					Ocupação
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento ATROPELAMENTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTÂNEA		Procedimento Sol.		Pressão
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
<p><i>Paciente relata dor clavicular direita</i></p> <p><i>Itm 15 ao Enem fui ferida</i></p> <p><i>em 05/06/2019</i></p>					
Anamnese de Enfermagem	<p>GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456</p> <p>TOTAL</p>				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h)					
Exame Físico	<p><i>Fluxo Rx. aberto.</i></p> <p><i>Integro D</i></p>				
Hipótese Diagnóstica					
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:				
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
<p><i>Dipropon 400 mg</i></p> <p><i>Terrox: can 100 mg 01 vez</i></p> <p><i>Flum 100 mg 01 vez s/dia.</i></p>			<p><i>Feito</i></p> <p><i>8.7.0</i></p>		
Conduta	<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:				
Óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input checked="" type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:				
Antes do 1º Atendimento? (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não	Destino: (<input type="checkbox"/>) Família	IML Anatomia Patológica <i>Carimbo é Assinatura do Médico</i>			
Assinatura do Paciente ou Responsável <i>Sheila</i>					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308 Novo Horizonte - (65) 2121-0620 AUTENTICO NÚMERO 03 JUN 2019 <i>Sheila</i>					

Impresso por: marizete.malaquias
Data: Hwy-2020-02-22-12

Data Hora: 09/06/2019 06:32:12

~~Caminho e Assinatura do Médico~~





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, vigil, lúcida e orientada no tempo e espaço, responde a estímulos verbais, afebril, eupneica em 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 hemitóraxes.

Abdome: Globoso, Flácido, ruídos hidroáreos 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
SaúdeMinistério
da
Saúde

NIR

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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. Fem.

10 - RACA/COR

Panda

11 - NOME DA MÃE

RAQUEL LOPES BARATA

12 - FONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA LESTE, 254, EQUATORIAL

14 - FONE DE CONTATO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

RR

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 SAIDA DE SECREÇÃO MUCOPURULENTA DE ODOR FETIDO COM ÁREAS 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 - CLÍNIC

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)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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

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

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

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



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

1ª Classificação/Reclassificação _____

|Reclassificação _____:

|Reclassificação _____

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.

Vermelho
Laranja
Amaralho
Verde
Azul-Asse

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul. Azul:

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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HGR

4 - CNES

BLOCO E

Identificação do Paciente
5 - NOME DO PACIENTE
LEILA KENNE LOPES BARATA6 - Nº DO PRONTUÁRIO
17315

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7081055285229348 - DATA DE NASCIMENTO
05/08/79

9 - SEXO

 Masc. Fem. 310 - RACA/COR
Panda

11 - NOME DA MÃE

Raquel Lopes Barata

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
Rua Leste, 254. Equatorial16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Baixa Vista

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF
R19 - CEP
RR
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE 39 ANOS, COM CELULITE EM PÉ E APÓS ACIDENTE DE MOTO. APRESENTA SAIDA DE SECREÇÃO PURULENT A E TECIDO NECROTICO. AVALIADA PELA CIRURGIA GERAL NO HGL, 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 () CPF

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

0 2 5 6 3 3 7 9 2 6 1

Dr. Jardim

M. Natural

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CRM-RH 2070

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24 / 06 / 2019

CRM RH 2070

CRM RH 2070

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

() LACTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0303080078**L031?**

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

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: [REDACTED]

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. Odinaeth Okemini
Médico
CRM-RR 1851

Medico(a)

25/06/19 às 11:26

PACIENTE com história de trauma por queda de moto há aprox 15 dias, recebeu atendimento no HGR e foi encaminhada ao HGL. Veio encaminhada do HGL por apresentar lesão necrótica com necessidade de desbridamento cirúrgico. Ao exame óptico com centro necrótico de aprox 10 cm - realizada desbridamento cirúrgico suges manutenção antibioticoterapia + curativos diários (desbridamento óptico) e acompanhamento do STF + união plástica. S.O Dr. Gervásio médico

S.O Dr. Gervásio Dr. Jorge Barros Freitas
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM-RR 2034



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 Arcos, 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 hemitóraxes.

Abdome: Globoso, Flácido, ruídos hidroáreos 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

Alex Matos
Médico Residente
Clínica Médica
CRM-RR 2054

Boa Vista-RR, 06 de julho de 2019.



GOVERNO DE PARÁ
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS

Núcleo ~~Ortopedia~~
04/07/19 às 11:15hs Ass:

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

HGR

NOME:

Leila Kenne Lopes Barata

505-3

IDADE:

39a

REGISTRO:

BLOCO:

E

ENFERMARIA:

LEITO

503-3

UTI:

EMERGÊNCIA:

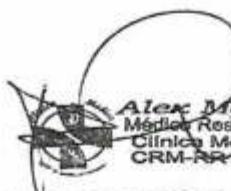
DE: Clínica Médica

PARA: Cirurgia Plástica

Dados Clínicos:

Paciente f. 39a, lesão em dorso do pé (E) provocado por mazuma 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 admissão. Grato!



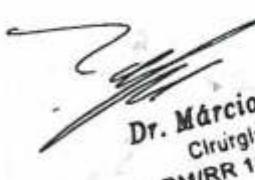
Alex Matos
Médico Residente
Clínica Médica
CRM-PR-2054

04/07/19

Data

PARA:

Forniga um processo de manutenção, no momento seu início para evitá-lo de ser (possível resultado curarizar ou elongação óssea e posterior encardecimento no sumidouro espessificado).



Dr. Márcio Arcanjo
Cirurgia Plástica
CRM-PR 1239 RQE:545

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
PERÍODO DE VIGÊNCIA	DATA DE EMISSÃO
SUBSTITUI	14/06/2017
LEILA KENNE LOPES BARATA	
FRANCISCO PRAXEDES BARATA	DATA DE NASCIMENTO
RAQUEL LOPES BARATA	
BELÉM - PA	
CERTD NASC 40482 FLS 214 LIV A-41	P7
645.272.392-87	AMADU ROCHA TRIANI
2ª VIA	UEM 7.116 DE 2000/03



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

Valorização 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

Valorização 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:	<i>Leila Kenne Lopes Barata</i>
NACIONALIDADE:	<i>Brasileira</i>
PROFISSÃO:	<i>Op. de caixa</i>
IDENTIDADE:	<i>139041 SSP-RR</i>
ENDEREÇO:	<i>R. Worcester 254 Equatorial Parque</i>

OUTORGADO

NOME:	<i>Leila Kenne Lopes Barata</i>
NACIONALIDADE:	<i>Brasileira</i>
PROFISSÃO:	<i>Autônoma</i>
IDENTIDADE:	<i>114.807 SS P-RR</i>
ENDEREÇO:	<i>R. Antônio P. Galvão 1839</i>

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 constituí o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 09/06/2019, cobertura Invalidade, vítima: Irene Kenne Lopes Barata

Bon Vista 18-03-2020

LOCAL E DATA

Leila Kenne 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LEILA KENNE LOPES BARATA

MANOEL COELHO NETO