

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Eduardo Ferreira Barbosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 528.669.392 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Almir Queiroz Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 794.015.112 / 68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Almir Queiroz Neto

inscrito (a) no CPF sob o Nº 794.015.112 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua: Monica Rodrigues das Santos</u>		Número: <u>2591</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Tancress neves</u>	Cidade: <u>Boa vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.313-529</u>
E-mail: <u>efbadoxacio@hotmail.com</u>		Tel.(DDD): <u>95 98114-0173</u>	

Local e Data: Boa Vista - RR 19 de Maio de 2020

Assinatura do Declarante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima

794.015.112-68

4 - Nome completo da vítima

ALMIR QUEIROZ NETO

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

5 - Nome completo

ALMIR QUEIROZ NETO

7 - Profissão

autônomo

8 - Endereço

João Arthur Belima

11 - Bairro

ALVORADA

12 - Cidade

Boa Vista

13 - Estado

RR

6 - CPF

794.015.112-68

9 - Número

577

10 - Complemento

14 - CEP

69.317-196

16 - Nº (DDD)

95 98114-0173

15 - E-mail

af6bdvaxocia@hotmail.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



R\$1.000,00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)



CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0653



CONTA:

32870



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 da regulamentação 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)



Divorciado



Separado judicialmente



Viuvo

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(s) vivo(s)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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 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: Boa Vista - RR 19/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



AUTOATENDIMENTO - ag. BOA VISTA

DATA: 05/06/2020

TERMINAL: 06531009

HORA: 08:59:31

CONTROLE: 065310090127

AGENCIA: 0653 - BOA VISTA

CONTA: 013.00032870-0

CLIENTE: ALMIR QUEIROZ NETO

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ÚLTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
11/05	676,31
13/05	2,81

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

		SALDO ANTERIOR	677,65C
--	--	----------------	---------

Mai

11/05	000000	REM BASICA	0,00C
11/05	000000	CRED JUROS	1,46C
13/05	000000	REM BASICA	0,00C
13/05	000000	CRED JUROS	0,01C

RESUMO EM 04/05

SALDO	679,12C
-------	---------

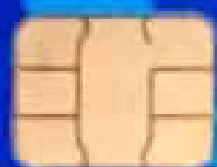
RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL	679,12C
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO TOTAL	679,12C

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE

CAIXA

POUPANÇA



5067 2251 1369 3487

5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

ALMIR QUEIROZ NETO

0653 013 00032870-0

elo

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



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

Classificação Reclassificação

Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

2001218074 07/02/2020 23:39:30 FICHA DE ATENDIMENTO - TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 14

Paciente: ALMIR QUEIROZ NETO Data Nascimento: 11/11/1985 Idade: 34 A 2 M 26 D CNS: 700701978785877 CPF: 79401511268 Prontuário: 79401511268
Tipo Doc: Documento: Orgão Emissor: SSP-RR Data Emissão: 02/05/2001 Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO (APARDA) Raza/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: NILMA BRITO DE QUEIROZ Pai: JOSÉ RIBAMAR LIMA DOS REIS Contato: (95) 99162-6883
Endereço: RUA - JOSÉ QUEIROZ - 2058 - BURITIS - BOA VISTA - RR Ocupação: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

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

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febri ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita do Dengue

Anamnese do Enfermagem: *Relato do acidente de moto*

Anamnese - (HORA DA CONSULTA): *Paciente trazido pelo SAMU em prancha rígida, portador de lesão cervical. Vias aéreas livres. E: expansibilidade simétrica. Bat 98%. C: sem evidências de sangramento ativo. FC 85. D: Glasgow 15. E: imobilização em tala em prancha direita.*

Exame Físico: *Acidente trazido pelo SAMU em prancha rígida, portador de lesão cervical. Vias aéreas livres. E: expansibilidade simétrica. Bat 98%. C: sem evidências de sangramento ativo. FC 85. D: Glasgow 15. E: imobilização em tala em prancha direita.*

Hipótese Diagnóstica: *Fratura perna D.*

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

PRESCRIÇÃO: *1) Dipirona 2g EV. 2) Tenoxicam 40mg EV. 3) Solicita radiografia de perna, tornozelo, pé. 4) Avaliação ortopédica. 5) S. RINGER 500 ml IV.*

APRAZAMENTO: OBSERVAÇÃO:

Condição: *1) Dipirona 2g EV. 2) Tenoxicam 40mg EV. 3) Solicita radiografia de perna, tornozelo, pé. 4) Avaliação ortopédica. 5) S. RINGER 500 ml IV.*

Condição: *1) Dipirona 2g EV. 2) Tenoxicam 40mg EV. 3) Solicita radiografia de perna, tornozelo, pé. 4) Avaliação ortopédica. 5) S. RINGER 500 ml IV.*

Condição: *1) Dipirona 2g EV. 2) Tenoxicam 40mg EV. 3) Solicita radiografia de perna, tornozelo, pé. 4) Avaliação ortopédica. 5) S. RINGER 500 ml IV.*

Condição: *1) Dipirona 2g EV. 2) Tenoxicam 40mg EV. 3) Solicita radiografia de perna, tornozelo, pé. 4) Avaliação ortopédica. 5) S. RINGER 500 ml IV.*

Condição: *1) Dipirona 2g EV. 2) Tenoxicam 40mg EV. 3) Solicita radiografia de perna, tornozelo, pé. 4) Avaliação ortopédica. 5) S. RINGER 500 ml IV.*

Condição: *1) Dipirona 2g EV. 2) Tenoxicam 40mg EV. 3) Solicita radiografia de perna, tornozelo, pé. 4) Avaliação ortopédica. 5) S. RINGER 500 ml IV.*

Condição: *1) Dipirona 2g EV. 2) Tenoxicam 40mg EV. 3) Solicita radiografia de perna, tornozelo, pé. 4) Avaliação ortopédica. 5) S. RINGER 500 ml IV.*

Condição: *1) Dipirona 2g EV. 2) Tenoxicam 40mg EV. 3) Solicita radiografia de perna, tornozelo, pé. 4) Avaliação ortopédica. 5) S. RINGER 500 ml IV.*

Condição: *1) Dipirona 2g EV. 2) Tenoxicam 40mg EV. 3) Solicita radiografia de perna, tornozelo, pé. 4) Avaliação ortopédica. 5) S. RINGER 500 ml IV.*

Condição: *1) Dipirona 2g EV. 2) Tenoxicam 40mg EV. 3) Solicita radiografia de perna, tornozelo, pé. 4) Avaliação ortopédica. 5) S. RINGER 500 ml IV.*

Geo. F. de S.

Para o plano de estudo jurídico

Estudo de Direito em 1.º ano

1.º ano. O estudo em

geral. O estudo de Direito

em geral. O estudo de Direito

em geral. O estudo de Direito

em geral. O estudo de Direito

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nova Planície - Tel: (93) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
13 MAR 1978
Certifico que o presente
cópia é a reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

2001231281

Alta: 18/03/20

Anexo I

BLOCO A



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

1 - NOME DO PACIENTE

2 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Masc.

Fem.

1

3

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trat de ossos da perna

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trat de ossos da perna

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

Trat de ossos da perna

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS

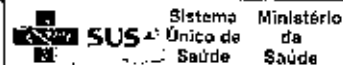
() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050500
5822

OK 17/5/20



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		231965-9	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		231965-9	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE			
ALMIR QUEIROZ NETO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
700701978785677		11/11/1985	
9 - SEXO		10 - RAÇA / COR	
1 - Masculino		PARDA	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO	
NILMA BRITO DE QUEIROZ		(95) 98126-1498	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO	
ALMIR QUEIROZ NETO		(95) 98126-1498	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
RUA: JOAO ARTUR DE LIMA - 671 - ALVORADA			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
BOA VISTA			
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
140010		RR	
19 - CEP		69.309-207	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
24 - CID 10 PRINCIPAL		25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bmg. Belardo Gomes, S/N
Nove Planalto Tel: (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente
cópia é verdadeira e original
que foi apresentada neste Hospital

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
CIRURGIA GERAL		ELETIVO	
31 - DOCUMENTO		32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
		16/03/2020	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE		41 - SÉRIE	
37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ DA EMPRESA		43 - CNES 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 - COD. ORGÃO EMISSOR		48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
49 - DOCUMENTO		49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
☐ CNS ☐ CPF					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)			



BOLETIM OPERATÓRIO

Almir Queiroz Neto

Data: 13/05/20

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fract de ossos da perna

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: Osteossíntese

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Jonathan

1º AUXILIAR: Vitor Paracost

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS: Evelynne

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

① Pac em 200 sob anestesia

② Antissepsia + Asepsia

③ Incisão ouveo lateral na perna

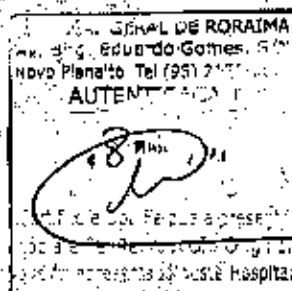
④ Dissecção p/ plano

⑤ Redução do foco fraturado

⑥ Instalação de placa dep - fios + parafusos corticais.

⑦ LMC cl / 500ml.

⑧ Sutura p/ plano

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1759

CRM 1759

Jonathan Lopes



Alvin Quamen N340, 342

8. where do you go
9. SPPs

Certifico e fio. É que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apreendido neste Posto tal

DN 11.11.25

PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: Alma Oliveira Melo Enl: A 110 Leito: 03 Son: Orto
 Sexo: mulher Cor: pa Idade: 34 Peso: 68 Altura: 1,70 Data: 17.03.20 Hora: 14:00 R/a: an
 Diagn. Pré-OP: Pré-OP: 1. Tumor e liberação com anestesia de rotina em 03/02. 2. Parotidite crônica (SIC)
 Clr. Proposta: Remoção de tumor da glândula parótida e glândula

Anest. Ant: sem medicações préviasAlergia: desconhecidaAlcool: Fumo:

DROGAS: (Confluido, fenotiazina, hipotensor, narcótico, alipolico,
 digitalico, anticoagulante, diurético, antidiabético, sulfas,
 cardiotônicos, IMMO, outros) ni 10 e 1000

Estado Mental: LOTE Boca: normalPele: boa mobilidade em flexão Voz: normalRX: 2 dentesFases: Replograma: Quiloz: Paracetamol: PA: Pulso: Temperatura:

Medicação Pré-Anest.	DOSE	VIA	HORA

Genque Tipo: 6 Leito: 10.39.10 Ht: 39.40% Hb: 25
 Hm: 20.10 to: lt: p. Lago:
 s. Corp: Pa: 112.000 Umla: 26.23
 creat: 0.93 Glt: 112 Na: mEq:
 Ca: mEq: mEq: pO2:
 aCO2: BA: BB: BS: BE:
 URINA: d: pH: glt: Alb:
 Segim:
 Ap. gen. Uri: NDH
 AP. Rnap: Pulmão limpo. Sinais adventícios
 AP. Cirs: RCR BMS 27 9/50x100
 AP. Dig: NDH
 S. Osteo-Art: INGLHO e CAVALHO
 S. Nerv: NDH
 S. Endoc: NDH

Est. Fis(ASA): I AN. Proposta: biológicoNB:

Dr. Almeida Filho
CRM-RR-558
Assinatura

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data: 17.03.2020 Hora: 11:40
Intubação 13.02 TAP 11.40
RNI 0.73
TTPA 24"

17.03.2020 a 23:00
escala de Aldrete 79 Alta da
SRD.

Carlos Alberto Jr.
Residente Anestesiologia
CRM-RR-2080

Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Almir Guernon Neto				17/10/2020	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteossíntese de fratura de 1		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
tibia (D)		20:20	21:00		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:			
Dr. Jonathan		RES. ANESTESIA:			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
Dr. Vitor Parada		Yank			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
		Talita Avelar			
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
Rogue					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL Nº 2.0	
	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0	
1	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22	20.15		FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SBDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS:	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Erika e Aliné	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			HOSPITAL GOV. DE RORAIMA		
			Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N		
			Nova Planalto Tel (93) 2121-0520		
			AUTENTICAÇÃO		
			SOMA		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE		

8441 7174

Certifico Dou Fé que a presente cópia é de reprodução Original que foi apresentada neste hospital

Nome: Almir Bulerioz Neto

Nome: Adriana de Souza
Data de Nasc: 31/11/1985 Idade: 34 Setor/Leito: A/120.3

Data: 17/03/2020

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

[illegible]



SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Enfermeiro (a): AlvineHora: 20:30Data: 17/03/2020

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO E CHECKAGEM
☒ Risco de Queda Prevenir queda	☒ Manter grades elevada na RPA	<u>manter</u>
☐ Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração	☐ Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutir na RPA	
☒ Risco de Infecção Prevenir infecção evitável	☒ Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos ☒ Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia)	<u>observar</u>
☐ Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido – básico	☐ Monitorar temperatura e comunicar alterações ☐ Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)	
☐ Risco de Glicemia Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) ☐ Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl	
☒ Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele	☒ Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações ☒ Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções	<u>observar</u>
☒ Mobilidade Física prejudicada	☒ Proporcionar alinhamento do corpo do paciente	
☒ Dor aguda Controle da dor e promover conforto	☒ Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração) ☒ Administrar medicação conforme prescrição médica	
☐ Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	☐ Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar ☐ Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica	
☒ Náuseas Controle / Ausência de náusea	☒ Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas ☒ Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição	<u>observar</u>
☒ Ansiedade Controle de ansiedade	☒ Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
☒ Confusão Aguda / Crônica	☒ Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
☒ Comunicação Verbal prejudicada	☒ Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório	<u>orientar</u>

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Admitido na SO 03 para procedimento eletivo Otorrinolaringoscopia (O). Substituído a Rinsuimetonina Cirúrgica sem intercorrências. Após procedimento paciente segue a SRPA.

Alvine S. Oliveira
Enfermeira
COREN-RR 526.557-RRF

Responsável:



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Amin. Quenoy Neto
Responsável Cirurgião D^o Jonathan

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não
☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Carlos Alberto Jr.
Residente Anestesiologia

Assinatura _____
CRP-RR 2090

Data 17/03/2023 Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista D^o Eulynne

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☒ Sim, Qual: Ceftriaxona 2g Hora: 20:20

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim
☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

- ☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

- ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

- ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- ☐ Sim ☒ Não

☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTES

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Almeida J. S. MORAES
Enfermeira
COREN-RR 574.537 ENF

Assinatura e Carimbo

11-03

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Almir Q. Neto</i>					
AGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>Manter</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>I</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>24 06 12 18</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>De</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>500mg (SN) 24.06.04.18</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>(06) 14 (22)</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>(SN)</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>(24) (06) 12 18</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>12</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>(SN)</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Atenção</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>Curativo</i>
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

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

ob: 00 130x60 74 26 36,80

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	<i>130x60</i>	<i>63</i>	<i>19</i>	<i>36,3</i>
18 H				
24 H	<i>130x60</i>	<i>68</i>	<i>20</i>	<i>36,5</i>

MÉDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Referiu dor intensa que não melhorou com dipirona e fêro tramal 50mg.
UBS: às 06:00 a farmácia não disponibiliza o
item orelho torçãome

Antonio Juscelino Araújo Patro
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 326.217

Assessor de Saúde Analista
Assessor de Enfermagem
COREN-RR 330.461.072

VSS. Aos 06.00 da dia 28/08/20, paciente no leito medicado com
sem intercorrência e segue aos cuidados de enfermagem.

Assinatura de Enfermeiro
Assinatura de Enfermeiro
COHEN-PR 000 461 072



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	Rmnr Q. Nep	
AGNÓSTICO		
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA (sistemática)	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
13	SSVV + CCGG 6/6 H	
14	CURATIVO DIÁRIO	
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/03/2020	DN	11/11/1985
PACIENTE	ALMIR QUEIROZ NETO				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA OSSOS DA PERNA DIREITA				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	34	LEITO	110-3	DATA	17/03/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	TILATIL 20MG EV 12/12H				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				
12	CURATIVO				
13	SSVV + CCGG 6/6H				
14	ALTA HOSPITALAR				
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. PACIENTE JÁ REALIZOU PROCEDIMENTO CIRÚRGICO 17/03.

SINAIS VITAIS				LAEL DOS SANTOS DA SILVA MÉDICO RESIDENTE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 2015 RR
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE ALMIR QUEIROZ NETO 34 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 16 03 2020 COM
DIAGNÓSTICO DE FRACTURA DE TIBIA DIREITA

NO DIA 17 03 2020 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSÍNTESE DE FX DE TIBIA (D) SENDO

OPERADO PELO DR. JONATHAN E DR. VITOR PARALAT

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 18 03 2020 AS 11h EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1 1 AS EM 02 SEMANAS COM O
DR. JONATHAN

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. VITOR MONTENEGRO

BOA VISTA, 18 03 2020

MÉDICO

D. Laet da Silva
Médico
CRM 22.2015

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



Almir. Q. Neto
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 168569 DATA DE EMISSÃO 03/07/2018

NOME
ALMIR QUEIROZ NETO

FILIAÇÃO
JOSÉ RIBAMAR LIMA DOS REIS
NILMA BRITO DE QUEIROZ

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO
11/11/1985

DOC. ORIGEM
CERTD NASC 35595 FLS 55 LIV A-43
1º OF BOA VISTA-RR

CPF
794.015.112-68

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Ponto Facilitador de Polícia Civil
Mestre de Sala

P1

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

USO OBRIGATÓRIO

IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS

(Art. 13 da Lei n° 8.986-94)

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10644453



ASSINATURA DO PORTADOR

Eduardo Favarin Berlina



RESERVAÇÃO





ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DE RORAIMA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

EDUARDO FERREIRA BARBOSA

FILIAÇÃO

SEBASTIAO QUEIROZ BARBOSA
MARIA NEUSA FERREIRA MOTA

NACIONALIDADE

BOA VISTA-RR

RG

238.318 - SSP/RR

DEADOR DE ORGÃO E TÍTULO

NÃO

DATA DE NASCIMENTO

30/10/1988

CPF

528.889.392-04

VIA EXPEDIDO EM

02 20/01/2014

JORGE DA SILVA FRADE
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO

854



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147831/20

Vítima: ALMIR QUEIROZ NETO

CPF: 794.015.112-68

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALMIR QUEIROZ NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO FERREIRA BARBOSA : 528.669.392-04

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

ALMIR QUEIROZ NETO : 794.015.112-68

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: EDUARDO FERREIRA BARBOSA
CPF: 528.669.392-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

EDUARDO FERREIRA BARBOSA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200190070 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALMIR QUEIROZ NETO **Data do acidente:** 07/02/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2/5/8/9/10/19 _CIRURGIA

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ALMIR QUEIROZ NETO, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº. 794.015.112-68, portador do RG nº. 168.569 SESP/RR, residente e domiciliado à Rua João Arthur de Lima, nº 571, bairro alvorada, Boa Vista/RR, CEP 69.317-196.

VÍTIMA: ALMIR QUEIROZ NETO

CPF: 794.015.112-68

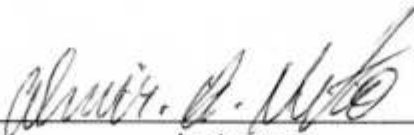
DATA DO SINISTRO: 07/02/2020

NATUREZA: INVALIDEZ

OUTORGADOS: EDUARDO FERREIRA BARBOSA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 28.093.538/0001-07, devidamente registrada na **OAB/RR sob o nº 133**, advogado **EDUARDO FERREIRA BARBOSA**, brasileiro, casado, inscrito na **OAB/RR sob nº 854**, com escritório profissional localizado à Rua Maria Rodrigues dos Santos, nº. 2591 – Bairro Tancredo Neves, CEP 69.313-529, Boa Vista-RR.

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

Boa Vista/RR, 18 de maio de 2020


Assinatura

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147831/20

Vítima: ALMIR QUEIROZ NETO

CPF: 794.015.112-68

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALMIR QUEIROZ NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO FERREIRA BARBOSA : 528.669.392-04

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

ALMIR QUEIROZ NETO : 794.015.112-68

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: EDUARDO FERREIRA BARBOSA
CPF: 528.669.392-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

EDUARDO FERREIRA BARBOSA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

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: 10/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALMIR QUEIROZ NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000032870-0

Nr. da Autenticação BE3BC4C3A8572D68

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200190070

Vítima: ALMIR QUEIROZ NETO

Data do Acidente: 07/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO FERREIRA BARBOSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALMIR QUEIROZ NETO

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, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200190070

Vítima: ALMIR QUEIROZ NETO

Data do Acidente: 07/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO FERREIRA BARBOSA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ALMIR QUEIROZ NETO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200190070

Vítima: ALMIR QUEIROZ NETO

Data do Acidente: 07/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO FERREIRA BARBOSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALMIR QUEIROZ NETO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ALMIR QUEIROZ NETO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000653**

Conta: **0000032870-0**

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 794.015.112-68 4 - Nome completo da vítima: Almir Queiroz Neto

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

5 - Nome completo: Almir Queiroz Neto 6 - CPF: 794.015.112-68
 7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: João Arthur Belima 9 - Número: 577 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: ALVORADA 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-196
 15 - E-mail: af6advocacia@hotmail.com 16 - Nº (DDD): 95 98114-0173

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 32870 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins da regulamentação 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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s)/nascidos? ☐ 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 aos únicos 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 230 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: Boa Vista - RR 19/05/2020
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Almir. Q. Neto

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009999/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/03/2020 10:34

Data/Hora Fim: 06/03/2020 11:05

Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 07/02/2020 11:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Jôquei Clube

Logradouro: RUA SILVER COM RUA GUANABARA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1727: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - ABALROAMENTO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALMIR QUEIROZ NETO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 11/11/1985

Idade: 34 anos

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Autônomo

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Nilma Brito de Queiroz

Nome do Pai: José Ribamar Lima dos Reis

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 168.569

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 794.015.112-68

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: João Arthur de Lima

Nº: 571

Bairro: Alvorada

Telefone: (95) 98103-3046 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 794.015.112-68

Placa NAO3192

Renavam 01079024457

Número do Motor KC22E0G123857

Número do Chassi 9C2KC2200GR123879

Ano/Modelo Fabricação 2016/2016

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI



Delegado de Polícia Civil: Eric Silva Pereira
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 06/03/2020 11:06
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009999/2020

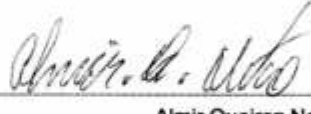
Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 06/08/2019	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Almir Queiroz Neto	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE, NÃO HABILITADO, COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA RUA SILVER SENTIDO > RUA CORCEL NEGRO, QUANDO NO CRUZAMENTO COM A RUA GUANABARA, UM VEÍCULO PICK-UP ESTRADA PRATA, QUE NÃO DIZER A PLACA, CRUZOU A SUA FRENTE, VINDO O COMUNICANTE A ABALROAR NA LATERAL DIREITA TRASEIRA DO REFERIDO VEÍCULO; QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; QUE NÃO POSSUI NENHUMA INFORMAÇÃO QUE POSSA LEVAR A IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR DO VEÍCULO ENVOLVIDO; QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL PELO SAMU; QUE COM O ACIDENTE FRATUROU A TÍBIA E A FÍBULA DA PERNA DIREITA. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.
É O RELATO.

ASSINATURAS


Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 042000169
Responsável pelo Atendimento


Almir Queiroz Neto
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei 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 sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 794.015.112-68 4 - Nome completo da vítima: Almir Queiroz Neto

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

5 - Nome completo: Almir Queiroz Neto 6 - CPF: 794.015.112-68
 7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: João Arthur Belima 9 - Número: 577 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: ALVORADA 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-196
 15 - E-mail: af6advocacia@hotmail.com 16 - Nº (DDD): 95 98114-0173

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 ☐ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 32870 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins da regulamentação 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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s)/nascidos? ☐ 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 aos únicos 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 230 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: Boa Vista - RR 19/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Almir. Q. Neto

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2020	21/04/2020	209	189,24

MARIA DAS DORES SILVA SANTOS
R. JOAO ARTHUR DE LIMA 571 - ALVORADA
CEP: 69.317-196 - BOA VISTA
CPF: 00065552504291

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 20671	Atual: 10/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1
Anterior: 20462	Anterior: 06/02/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 13/04/2020	Ligação: MONO
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 09/03/2020	Número Medidor: 2712340
Consumo medido: 209	Apresentação: 10/03/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 209		Modalidade: N 1419722

CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	209 A R\$ 0,764425 =	159,76
ILUMINACAO PUBLICA			29,48

OUTRAS INFORMACOES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 209 - 0,617770	
Média 12 meses:	

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PEDIDO VENCIMENTO: 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 09/03/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO	COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$
3776.C00A.9EAD.2F63.3E3B.D3C8.0571.E534	Energia: 86,40 Distribuição: 37,84 Transmissão: 0,00 Encargos: 4,89 Tributos: 30,63	Base de Cálculo: 159,76 ICMS: 17,00% PIS: 0,38% COFINS: 1,79% VALOR: 27,15 VALOR: 0,61 VALOR: 2,87

Faturas da UC: 1444085

[\[x\] Sair](#)

Unidade Consumidora

1444085

Endereço

R. MARIA RODRIGUES SANTOS, 2591 , - TANCREDO NEVES

Nome do Cliente

EDUARDO FERREIRA BARBOSA

Mês de Faturamento	Data de Vencimento	Valor	Situação
04/2020	26-APR-20	R\$ 309,01	PAGO
03/2020	26-MAR-20	R\$ 406,92	PAGO
02/2020	26-FEB-20	R\$ 309,32	PAGO
01/2020	26-JAN-20	R\$ 275,47	PAGO
12/2019	26-DEC-19	R\$ 319,61	PAGO
11/2019	26-NOV-19	R\$ 362,76	PAGO
10/2019	26-OCT-19	R\$ 452,13	PAGO
09/2019	26-SEP-19	R\$ 390,41	PAGO
08/2019	26-AUG-19	R\$ 329,04	PAGO
07/2019	26-JUL-19	R\$ 268,17	PAGO
06/2019	26-JUN-19	R\$ 288,39	PAGO
05/2019	26-MAY-19	R\$ 415,69	PAGO
04/2019	26-APR-19	R\$ 429,78	PAGO