
Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200255157

Vítima: CLAUDIAMARA FELIX LEITE

Data do Acidente: 12/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDIAMARA FELIX LEITE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200255157

Vítima: CLAUDIAMARA FELIX LEITE

Data do Acidente: 12/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDIAMARA FELIX LEITE

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: CLAUDIAMARA FELIX LEITE

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 00000006952-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 88304779234 4 - Nome completo da vítima: CLAUDIAMARA FENIX WEITE

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

5 - Nome completo: CLAUDIAMARA FENIX WEITE 6 - CPF: 88304779234
7 - Profissão: AUTÔNOMA 8 - Endereço: R. ESTRELA DO SOL 9 - Número: 927 10 - Complemento:
11 - Bairro: RAIAR DO SOL 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316012
15 - E-mail: LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95991168367

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 006952

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, 13/07/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



INFORMAÇÕES GERAIS

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PRF

PROTOCOLO: Nº 20002281B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RAFAEL VIEIRA, matrícula 1136025, Policial Rodoviário Federal, em 12/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20002281B01 e o número de controle C8709482960D5B3F2279383B0BCA76

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20002281B01



INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 12/01/2020 Hora: 16:25 Município: CANTA/RR
BR: 401 KM: 3,0 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: RAFAEL VIEIRA, 1136025

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Não	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 12/01/2020, por volta das 16:25, no km 03 da BR-401, em Cantá-RR, ocorreu um acidente, do tipo danos eventuais, com 01 vítima com lesões aparentemente leves. O veículo envolvido foi: HONDA/Biz (V1), o qual era conduzido por OTÁVIO DA SILVA (CPF: 609.495.032-15) e passageira CLAUDIAMARA FELIX LEITE (CPF: 883.047.792-34). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 trafegava na faixa de trânsito do sentido Cantá-RR/Boa Vista-RR, quando o pneu traseiro estourou. O dano provocou o tombamento do veículo e projetou os ocupantes ao chão. A queda causou lesões aparentemente leves na passageira de V1. Populares acionaram a equipe do SAMU para realização dos procedimentos pré-hospitalares. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi avarias e/ou desgaste excessivo do pneu traseiro. Observações: -CLAUDIAMARA FELIX LEITE, CPF: 883.047.792-34, foi conduzida para o Hospital Geral de Roraima pela equipe do SAMU; -OTÁVIO DA SILVA, CPF: 609.495.032-15, realizou, no aparelho SN 113311, o teste nº 2185 o qual apresentou resultado igual a 0.0; -Veículo HONDA/BIZ 125 ES, placa NAP-5526, foi recolhido mediante DRV nº 35002001121655147.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RAFAEL VIEIRA, matrícula 1136025, Policial Rodoviário Federal, em 12/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61 DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20002281B01 e o número de controle C8709482960D583F2279383B0BCA76

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20002281B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local do acidente

Local do tombamento



← BOA VISTA/R

CANTARR →

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Danos eventuais	V1
2	Tombamento	V1

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
1	V1			
2	V1			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - NAP5526 - MOTONETA

V1 - Informações



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RAFAEL VIEIRA, matrícula 1136025, Polícia Rodoviária Federal, em 12/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 20002281B01 e o número de controle C8709482960D5B3F227938380BCA76.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20002281B01



Placa: NAP5526 Marca/modelo: HONDA/BIZ 125 ES Renavam: 00540824020
Ano fabricação: 2013 Chassi: 9C2JC4820DR081846 Tipo de veículo: Motoneta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Vermelha
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

V1 - Encaminhamento

Motivo: Outros Tipo de Receptor: Depósito credenciado
Informações complementares: Veículo HONDA/BIZ 125 ES, placa NAP-5526, foi recolhido mediante DRV nº 35002001121655147.

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

MARCAS NO PAVIMENTO

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

VI - VEÍCULO 1 - NAP5526 - MOTONETA

VI - Informações



Documento assinado eletronicamente por RAFAEL VIEIRA, matrícula 1135025, Polícia Rodoviária Federal, em 12/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobati/autenticar>, informando o protocolo 20002281B01 e o número de controle C8709482960D5B3F2279383B08CA76.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20002281B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/BIZ 125 ES

Placa: NAP5526

Nº BOAT: 20002281B01

Nome do Agente: RAFAEL VIEIRA

Matrícula do Agente: 1136025

Data: 12/01/2020

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RAFAEL VIEIRA, matrícula 1136025, Policial Rodoviário Federal, em 12/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20002281B01 e o número de controle C8709482960D5B3F2279383B08CA76.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20002281B01

V1 - Proprietário

Nome: FRANCIVAL DE LIMA FRAZAO

CPF/CNPJ: 517.140.862-91

Email:

Telefone:

Endereço: BOA VISTA-RR

V1C - CONDUTOR DE V1 - OTAVIO DA SILVA

V1C - Informações

Nome: OTAVIO DA SILVA

Data de Nascimento: 15/12/1976

CPF: 609.495.032-15

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava capacete: Sim

Informações complementares: OTÁVIO DA SILVA, CPF: 609.495.032-15, realizou, no aparelho SN 113311, o teste nº 2185 o qual apresentou resultado igual a 0.0.

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AE

Primeira habilitação: 06/07/1999

Nº Registro: 00747286640

UF: RR

Vencimento da habilitação: 23/05/2024

Motorista profissional: Não

Observações CNH: A 15

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,00 mg/l

V1C - Dados do Contato

Endereço: AVENIDA SÃO JOSÉ, 1065, CASA, EQUATORIAL, BOA VISTA-RR

Telefone: 95-99135-6235

Email:

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - CLAUDIAMARA FELIX LEITE

V1P1 - Informações

Nome: CLAUDIAMARA FELIX LEITE

Data de Nascimento: 29/10/1986

CPF: 883.047.792-34

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava capacete: Sim

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: AVENIDA SÃO JOSÉ, 1065, CASA, EQUATORIAL, BOA VISTA-RR

Telefone: 95-99135-6235

Email:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RAFAEL VIEIRA, matrícula 1136025, Polícia Rodoviária Federal, em 12/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 20002281B01 e o número de controle C8709482960D5B3F2279483B0BCA76.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20002281B01

V1P1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: CLAUDIAMARA FELIX LEITE, CPF: 883.047.792-34, foi conduzida para o Hospital Geral de Roraima pela equipe do SAMU.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RAFAEL VIEIRA, matrícula 1136025, Policial Rodoviário Federal, em 12/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 20002281B01 e o número de controle C8709482960D5B3F2279383B0BCA76.

191



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

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

Ocorrência Nº: 2809/2020 - Registrado em: 07/05/2020 às 21h 25min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 12/01/2020 às 16h 25min

LOCAL DO FATO

Município: CANTA

Logradouro: BR 401

Bairro: BAIRRO NOVO

Referência:

Complemento: KM 03

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local: VIA RURAL

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

CLAUDIAMARA FÉLIX LEITE(33), nascido(a) em 29/10/1986, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 883.047.792-34, País: BRASIL, natural de ITAITUBA-PA, filho(a) de TEREZINHA FELIX LEITE e DESCONHECIDO, endereço: AFONSO SANTOS PEREIRA, cep: 69317-326, Nº: 1065, bairro: JARDIM EQUATORIAL, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 98122-2723.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ON LINE: QUE NO DIA 12/01/2020 POR VOLTA DAS 16:25H, NO KM 03 DA BR-401 NO MUNICÍPIO DE CANTÁ/RR, TRAFEGAVA COMO PASSAGEIRA NA MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES DE PLACA NAP5526 CHASSI 9C2JC4820DRO81846 DE PROPRIEDADE DO SENHOR FRANCIVAL DE LIMA FRAZÃO E QUE ERA CONDUZIDA PELO SENHOR OTAVIO DA SILVA, QUANDO O PNEU TRASEIRO DA REFERIDA MOTOCICLETA ESTOUROU E QUE DEVIDO AO OCORRIDO FOMOS PROJETADOS AOS CHÃO E QUE SOFRI LESÕES CORPORAIS. QUE POPULARES ACIONARAM A EQUIPE DO SAMU E QUE POSTERIORMENTE FUI SOCORRIDA AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA. COMUNICO AINDA QUE A POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL ESTEVE NO LOCAL DO ACIDENTE E QUE DISPONHO DO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO/BAT DE PROTOCOLO NÚMERO: 20002281B01. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

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

JOSEMAR MOREIRA DA SILVA
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000369
ASSINADO ELETRONICAMENTE


CLAUDIAMARA FÉLIX LEITE
COMUNICANTE

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: 88304779234 4 - Nome completo da vítima: CLAUDIAMARA FENIX WEITE

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

5 - Nome completo: CLAUDIAMARA FENIX WEITE 6 - CPF: 88304779234
7 - Profissão: AUTÔNOMA 8 - Endereço: R. ESTRELA DO SOL 9 - Número: 927 10 - Complemento:
11 - Bairro: RAIAR DO SOL 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316012
15 - E-mail: LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95991168367

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 006952

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, 13/07/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDIAMARA FELIX LEITE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000006952-6

Nr. da Autenticação DC48C2C9667E3FB1

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4464959

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
539180	01/2020	20-DEC-19 a 22-JAN-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1197	10-FEB-20	R\$ 969,04

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

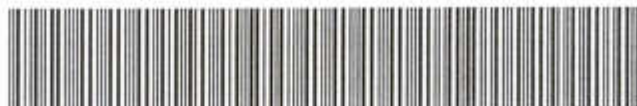
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
539180	01/2020	R\$ 969,04

836500000093.690400750004.000000000539.918001200057



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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu LUANA AMORIM DE S. LOPES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 294316382, 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CLAUDIAMARA FEMX WEITE inscrito (a) no CPF sob o Nº 883047792, 34

do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDOS da Vítima CLAUDIAMARA F. WEITE

inscrito (a) no CPF sob o Nº 883047792, 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

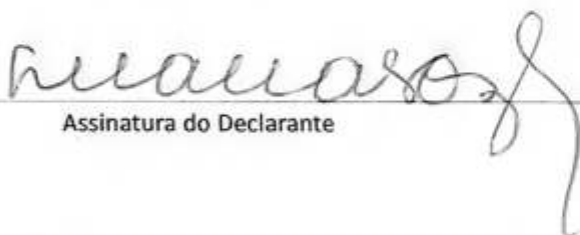
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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>R: 6D. PM. JACINTO J DES. SILVA</u>	Número: <u>859</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CARANÁ</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>LUANNA.SOUZATA71@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69313572</u>	Tel. (DDD): <u>95091168367</u>

Local e Data: BOA VISTA, 13/07/2020.



Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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



DIURNO 07/19 29

2001208462 12/01/2020 16:39:43

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente **CLAUDIAMARA FELIX LEITE** Data Nascimento **29/10/1986** Idade **33 A 2 M 14 D** CNS **898003054728082** CPF **99135-9468**
Tipo Doc **IDENTIDADE** Documento **246710** Órgão Emissor **SSP/RR** Data Emissão **18/06/2007** Sexo **F** Estado Civil **UNIAO** Raça/Cor **PARDA** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **TEREZINHA FELIX LEITE** NC Contato **(95) 99135-9468** Ocupação **CABELEIREIRO**
Endereço **RUA - ESTRELA DO SUL - 927 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR**

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

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

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Paciente vítima de acidente de moto, c/ queda de altura em um local de
construção à esquadra em torção a (E).
NÃO SINTOMAS E VÔMITOS.

Exame Físico

AVULSA RESPIRATÓRIA: MUC, bilaterais, S/R. EXPANSÃO TORÁCICA SINTÉTICA.
BEG, LOTE, PPD, COMOD. NENHUMA EXPANSÃO.
PULSO FROENTE. PULSO ENDOCR. PULSO UTERO E SINTÉTICOS.

Hipótese Diagnóstica

Lesão de clavícula (E)?

SADT - Exames Complementares

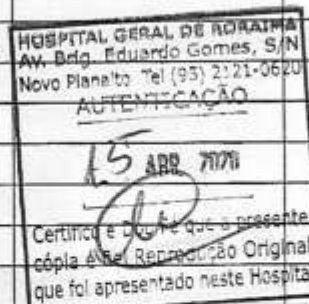
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) TRATAMENTO G/ (E) (E).
DIAGNÓSTICO G/ (E)



Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: **ORP/SEDA.**

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Pedro Lins
Médico
CRM-RR 2142

Impresso por: rosivan.barros
Data Hora: 12/01/2020 17:13:20



2001208462

Intoprida

face lateral

900 mm tamanho (E) 4. T umma

contorno em anel (E).

RX unidimensional FX de unidimensional

unial e anel.

CD: Amantia + AA + LMC + Sutura;

Cunha;

Ti paia + Tala;

Cunha + Ao VLR;

Serato Ex. hale. (Pun. ap.)

Alta

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR 2007



14/02/2

... Laudo Para Solicitação De A. I. H. ...

Alta: 17/10/2020



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLOCO F

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES

231965-9

4 - CNES

231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

CLAUDIAMARA FELIX LEITE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702000896046789

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/10/1986

9 - SEXO

3 - Feminino

10 - RAÇA / COR

PARDA

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO

00177807

11 - NOME DA MÃE

TEREZINHA FELIZ LEITE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

CLAUDIAMARA FELIX LEITE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA: AVENIDA SAO JOSE - 1065 - - EQUATORIAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(95) 99135-6235

14 - TELEFONE DE CONTATO

(95) 99135-6235

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO-18 - UF

140010

RR

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

pat cl para tisd

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

cimpio

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

c.f. r.f.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

cirurgia geral eletivo

29 - CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/02/2020

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 5/N
Nova Brasília - Tel (95) 3121-0630

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ DA EMPRESA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

☐ CNS☐ CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

14/17/20

0408050551
5871

W499



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 14/06/2010 O.S. 01

Clonária de Lúcia
Lúcia

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Hérnia Abdominal

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: cirurgia

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Iderson

1º AUXILIAR: Pedro

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS: Ana Paula

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Hospital de Roraima
Av. Brig. Eduardo Gomes, 9/II
Nove Planos Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

29 APR 2010

Certifico que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Hérnia abdominal com hérnia
- 2) aneurisma + aneurisma + gaseira +
- 3) complicações
- 4) acesso cirúrgico lateral + antero
- medial + diminuição da glândula até
- foco + curatela + LMC +
- redução cunha digital
- 5) colocação placa placa 4F medial
- + colocação placa estrutural 6F
- lateral + parafusos + parafusos
- maior medial + LMC +
- radioscopia + Rápido de 10
- por planos + redução de
- gaseira + aneurisma + falo

Dr. Iderson R. Silva
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 1793 ROR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

CLAUDIANARA FELIX LORTO, 33A

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- midazolam 5mg @
- Fentanyl 100µg @

Nº

14/02/20

AGENTES	N 20	15	30	45	60	75	90	105	120	135	150	165	180	195	210	225	240
	02																
LÍQUIDOS VENOSOS	FL																
	ML																
DA	°C	240	230	220	210	200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90
X																	
ULSO																	
ANES																	
X																	
OP																	
O																	
TEMP																	
ASPIR.																	
A																	
RESP																	
O																	
Export																	
Assist																	
Contro																	
SÍMBOLOS																	

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Propofol 0.5%	17.5 ml	Anestesia profunda hipobarbitúrica	X - Check list: monitorização, arquipotes, unclides, trocos, posicão 1 - os eos en n/a 2 - aspirio e antissipio 3 - bioceio e monitorizao 4 - posicão no paciente
B. Gástrico	16 ml	Condiciona simples 12-14	
C. Acetaminofeno	100 mg		
D. Nitrogênio	100 mg		
E. Bupivacaína	12 ml		
F.			
G.			
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringea	NO AL/NJO 100
MDCO		Naso / Orotráqueal - Cega	
SANGUE		Bal - Temp - Calibre do Tubo	
		Sob Máscara	
SP O ₂	1500	TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL	1600 ml	02:30 min	
OPERAÇÃO	Osteossintese de Rótulo de Corioarab		Lamaço - Espuma - Excesso Sere Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜINEA
Am polio / 1500		Wagner / pade	

Dra. Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM-RR 1408

• GOMOTO [Início: 20:50
fim: 21:45

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 5/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
29 ABR 2020
Certifico e Dejo Fe que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Name: Uladislavna + John, Jr.

Data de Nascimento: 29/10/1986 Idade: 33 anos Setor/Leito: F / 601-9

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

Data: 14 / 02 / 2020

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta:

3. Interventivaleo ti bind

2. Informações:

Jejum () Sim () Não

Prótese () Sim (X) Não

Exames () Sim (X) Não
Reserva ITR () Sim (X) Não

Lateralidade () Sim () Não

PNE () Sim () Não

Alergia () Sim (X) Não

Qual: _____

Reserva de Hemoderivado: ☒ Sim ☐ Não

Outros:

2. Chegou ao Centro Cirúrgico

() Deambulando

(2). Consciente / Verdadera

() Com suporte de O2
() TOT

() Agitado

• **Signals Vitais:**

$$\frac{T}{C}$$
$$R \frac{\omega}{\omega_c} \text{ rpm}$$

FC $\frac{400}{100}$ bpm
PA $\frac{40.2 \times 100}{100}$

SAT 9/8 % morning

() Regular () Irregular

Anotações (Admissão de

Paciente):

Kilomwinda, no

CC Pena 120

Minutes of 17 Jan

to foot D-17

Removal of Falsity

5) - Negative Allereien

2. Business Com

black -

卷之四

Aline V.S. Oliveira

Entenmelira
COPOL 100 mg

CONFIDENTIAL/5026-537 ENF



SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Enfermeiro (a): Duminda condalente

Hora: _____ Data: 14/02/2020

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO E CHECKAGEM
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
☐ Risco de Queda Prevenir queda	☐ Manter grades elevada na RPA	
☐ 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) ☐ 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 Desequilíbrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido – básico	☐ 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	
☐ Risco de Glicemia Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	☐ Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações ☐ Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções	
☐ Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele	☐ Proporcionar alinhamento do corpo do paciente	
☐ Mobilidade Física prejudicada	☐ Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração) ☐ Administrar medicação conforme prescrição médica	
☐ Dor aguda Controle da dor e promover conforto	☐ Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar	
☐ Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	☐ 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	
☐ 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	

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Realizado procedimento com sucesso. Paciente ubano n fement, peso 60kg, negro
Alargou. Segur p/ RPA.

Responsável:

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Cláudio Moreira F. L. L.
Responsável Cirurgião M. R. R. R.

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

Data 17/07/20 Assinatura [Assinatura] Hora: 10:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. Dr. Paulo

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: [Assinatura] Hora: 10:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

() Não se aplica

Assinatura e no. sala

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 DESTE PACIENTE

☒ Sim () Não () Não se Aplica

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo
[Carimbo]

14/02/2020

Clandianora

Salix lutea

Orthopnea

पत्र पर धा/००

601-9

SN

Q. Auto loan

① ciprofloxacin 400 mg @ 12/12h 24 12 50
noisy E.V.

③ Linden - 600-8 @ 6/6h. u22 @ 10' 16"

(2) $\frac{100}{55.91} = 1.789$ (2) $12/24 > 24/12$

C ⑤ tropica 40- (K) 1x die

⑥ *Asplenium* 18 (EU) 6/6h cc 22 04° 10' 16'

⑦. *serantera*: 1a p @ lute oct

⑤ April 10 - ⑥ 3/8h SN SN

(4) another

(10) 55W + 1049

Realizar:

Retina

Dr. Anderson P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
F. 11 57 1733 RQE 678

06.11.20

РА 100х60

p. 75

23.62

24h: 108176

FC 73

601-9

601-9



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Claudemara Félpe Leite</i>					
AGNÓSTICO <i>fratura de pilas lateral</i>					
ALERGIAS		HAS.	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>15/02/10</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>SN</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>Monitor</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>SN</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ				<i>14/16 22/04</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>08</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>SN</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>SN</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>14 22 06</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>SN</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>SN</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Rotina</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	<i>Reparar 1g em 08/08h</i>				<i>14 22 06</i>
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: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Odinachi Okemiri
Médico
CRM/RB 1851

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	120x80			36.5°C
18 H	110x70			36°C
24 H	126x87	—	—	37.4 P 111

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

18h. Paciente no leito, relatando discreto desconforto no local da cirurgia. Adm. medicação cpm. Realizado SSVV segue aos cuidados de equipe.

Edilamar Duarte
Téc. Enfermagem
CRM/RB 158179-TE

6h PA 126x87
T. 37.4°C

601-9

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <i>Eláudia Nara Felix Leite</i> Leito: <i>601.9</i>			
Data: <i>16/02/2020</i>				

Localização	 Região: <i>M. JE</i> Grau: I () II (X)	 Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal (X) Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Pele Perilesional	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	
Tipo de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco	
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<i>Luciane Gomes de Lima</i> <i>Enfermeira</i> <i>CRP 369.535</i> <i>Monica</i>	
Observações:	_____ _____ _____	



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE CLAUDIMARA FELIPE LEITE					
AGNÓSTICO FRATURA DE PULSO VISUAL					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	601-9	DATA	17/02/2020.
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND.
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER.
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN.
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H 1q IV 6/6hs. SN.				10 16 22 04
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN.
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				UICN.
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				SUSPENSO.
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				12 20 04
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				SUSPENSO
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				SUSPENSO
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN.
13	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTUL.
14	CURATIVO DIÁRIO				CLINTUL.
15	Cefepime 1q IV 8/8hs.				12 20 04
16	Alto 1q IV 10/10hs.				
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

Dr. Elder Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1828/RR

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS

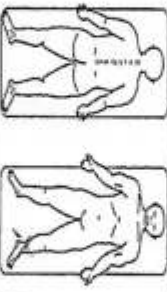
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <i>eladiamara Felix</i>	Leito: <i>601.9</i>	Data: <i>17/02/2020</i>	

Localização		Região: <i>M.I.E</i>		Região: _____
Etiologia	Grau: I () II (X) () LPP I II III IV ?* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal (X) Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____			
Pele Perilesional	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco			
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%			
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____			
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	 Rosineide P. Nogueira Téc. em Enfermagem COBEN-RR 629/17  Rosângela Miguê de Araújo Téc. Enfermagem COBEN-RR 629/17			
Observações:				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Claudionoro Faria Leite ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 14/2/20 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de P. L. T. L. E
NO DIA 14/2/20 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura de P. L. T. L. E SENDO
OPERADO PELO DR. Bladimir E DR. Reidus
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/2/20 ÀS 10h00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 5/3/20 ÀS 19h00 COM O
DR. Bladimir SENDO

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.

BOA VISTA, 17/2/20

MÉDICO

CLAUDIAMARA FELIX LEITE

ID: BLOCO-F 601-9

Sex: Other

H

HOSP. GERAL DE RORAIMA

MEMBROS INFERIORES

Study ID: 2002161408279372

Acq.: 16/02/2020

Acq.: 14:17:42.000000

10 cm

R

Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 10,64%

Window/Level: 256/128

Lossy comp.:

DX (4240x3480)

Series Nb: 1

Laterality: B

TORNOZELO



CLAUDIAMARA FELIX LEITE
ID: HGR-1568052289
Sex: Female

HOSP GERAL DE RORAIMA
MEMBROS INFERIORES
Study ID: 2002261225307774
Acq.: 26/02/2020
Acq.: 12:27:44.000000

20 cm

R

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 12.97%
Window/Level: 256/128
Lossy comp.:
DX (3480x4240)

Series Nb: 2
Laterality: B
PERNA



ESQUERDO

CLAUDIAMARA FELIX LEITE
33 ano(s) 29-10-1986

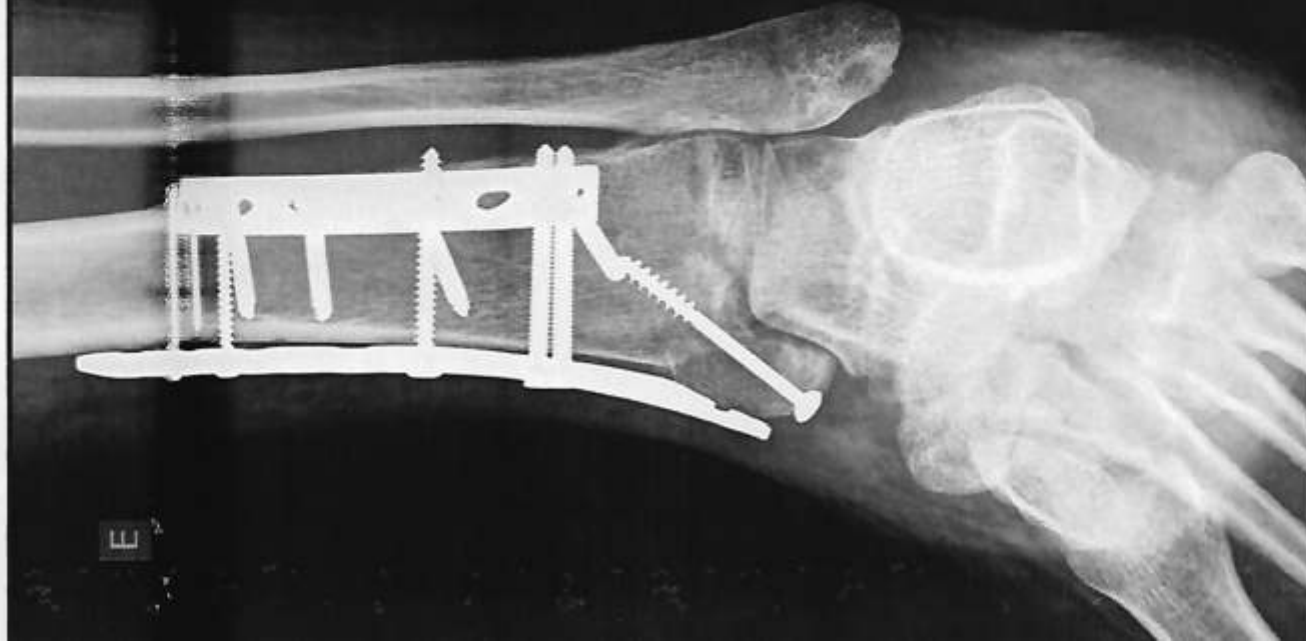
11-03-2020 17:14:35

POLICLINICA COSME E SILVA

255

ALTACIR

E



CLAUDIAMARA FELIX LEITE
HOSPITAL CORONEL MOTA

3542

22/04/2020

Vilson

76.4 %

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	80.232
DATA DE EXPEDIÇÃO	17/07/2002
NOME	LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
FILIAÇÃO	ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM
NATURALIDADE	BOA VISTA-RR
DATA DE NASCIMENTO	14/03/1971
DOC ORIGEM	CC-3766 F.260 L.B-12 BOA VISTA-RR.
CPF	294316382 - 15
<i>Ramiro Francisco da Silva Junior</i> ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 28/08/93	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA	
 MODELO DIREITO	
<i>Luana Amorim</i> ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 

Claudimara M. Leite
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 246710 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/06/2007

IF CLAUDIMARA FELIX LEITE

FILIAÇÃO

TEREZINHA FELIX LEITE

NATURALIDADE ITAITUBA - PA DATA DE NASCIMENTO 29/10/1986

DCC ORIGEM CERTO NASC 57.916 FLS 08 LIV 80

SANTA HELENA - BA

CPF 883.047.792-34

2 VIA


Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do IIOC

P 1

LEI Nº 7.115 DE 29/08/93

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200984/20

Vítima: CLAUDIAMARA FELIX LEITE

CPF: 883.047.792-34

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 12/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLAUDIAMARA FELIX LEITE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

CLAUDIAMARA FELIX LEITE : 883.047.792-34

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: 17/07/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200255157 **Cidade:** Cantá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIAMARA FELIX LEITE **Data do acidente:** 12/01/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA PG. 2.
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO PG. 2.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS NO TORNOZELO PG. 4,15; DEMAIS CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO E TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO EM GRAU LEVE E TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: CLAUDIAMARA FÉLIX LEITE

Identidade: 246710 SSP/RR CPF: 003.174.342-09

Naturalidade: ITAITUBA/PA **Nacionalidade:** BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRA **Profissão:** AUTÔNOMA

Endereço: RUA AFONSO SANTOS PEREIRA, 1065 – EQUATORIAL / CEP: 69.317-326

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.



Boa Vista-RR, 03 de março de 2020.

* Claudiamara F. Leite

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200984/20

Vítima: CLAUDIAMARA FELIX LEITE

CPF: 883.047.792-34

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 12/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLAUDIAMARA FELIX LEITE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

CLAUDIAMARA FELIX LEITE : 883.047.792-34

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: 17/07/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO