
Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200310338

Vítima: RALDENIR SILVA NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RONALDO DE SOUZA COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RALDENIR SILVA NASCIMENTO

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, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200310338

Vítima: RALDENIR SILVA NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RONALDO DE SOUZA COSTA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), RALDENIR SILVA NASCIMENTO

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16093408



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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: ☐ RECLUSO 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: 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 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE RORAINÓPOLIS - RORAINÓPOLIS - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013641/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/04/2020 09:50 Data/Hora Fim: 16/04/2020 10:39
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP 4423/2020 - BO 390/2020 Data: 16/04/2020
Delegado de Polícia: Fernando Alves da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Delegacia de Polícia de Rorainópolis
Data/Hora do Fato: 16/04/2020 07:45

Local do Fato

Município: Rorainópolis (RR)
Bairro: Centro
Logradouro: Vicinal 14 KM 06

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RALDENIR SILVA NASCIMENTO (ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 37 anos
Estado Civil: Sem Informação

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 833.948.182-79

Endereço

Município: Rorainópolis - RR
Logradouro: Vicinal 29 KM 07
Complemento: Área rural
Bairro: Centro

Razão Social: POLÍCIA MILITAR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Rorainópolis - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Apresentação de ROP/PM nº 4423/2020, noticiando a ocorrência de acidente de trânsito, onde, segundo relatório policial, o envolvido conduzia sua motocicleta e teria amarrado uma corda na garupa e a corda



Delegado de Polícia Civil: Fernando Alves da Cruz
Impresso por: Evandro Amancio Pereira
Data de Impressão: 16/04/2020 10:39
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Evandro

192.168.004.100



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE RORAINÓPOLIS - RORAINÓPOLIS - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013641/2020

desatou e enrolou no pneu traseiro ocasionando a queda do condutor.

ASSINATURAS

Evandro Amancio Pereira

Agente de Polícia

Matrícula 042000509

Responsável pelo Alandamento

Declaro para os devidos fins do crime (ou sua não ocorrência) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que da
rigem, conforme previsto nos Artigos 336-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

16/04/2020

CANAIMESCI - Sistema de Cadastro de Infratores

CANAIMESCI

Sistema para Cadastro de Infratores - Copyright 2011



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DO POLÍCIAMENTO DO INTERIOR
1º/2º Pel/3º CIPMFron
"AMAZÔNIA - PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"



ROP nº 4423	Data 16/04/2020	Tipo OUTROS	Und Op 1º/2º Pel/3º CIPMFron	DP
H/Trans 07:45:00	H/Ini 07:45:00	H/Cheg 08:15:00	H/Fim 09:00:00	VTR
KM Inicial 18415	KM Fim 18469			
Cód Oc. 1001	Cód Prov. 13999			
Local da Ocorrência RUA VICINAL 14 KM 06(ZONA RURAL) N° BAIRRO CENTRAL			Cód Ser Pres	

Nome: RALDENIR SILVA NASCIMENTO	
País de Origem: BRASIL	
RG: 168831320013	CPF: 833.948.182-79
Endereço: VICINAL 29 KM 07 ZONA RURAL	Idade 37
2 ULTIMAS CONDIÇÕES: (ID 4423) - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: ENVOLVIDO - TOTAL DE CONDIÇÕES: 1	

SENHOR DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL EM RORAINÓPOLIS, NO DIA E HORÁRIO ACIMA, FOMOS INFORMADOS VIA TELEFONE QUE TERIA ACONTECIDO UM ACIDENTE DE TRANSITO, FOMOS ATÉ O LOCAL E CONSTATAMOS A VERACIDADE DO FATO, CONFORME O ENVOLVIDO NOS RELATOU O MESMO ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA HONDA HONDA DE COR VERMELHA DE PLACA NAS 0721 E TERIA AMARRADO UMA CORDA NA BARRA DE CORDA DE CORDA ENROLOU NO PNEU TRASEIRO E A MOTO DERRAPOU E O MESMO VEIO A CAIR CAUSANDO LACERAÇÃO NA TÍBIA E FIBULA DA PERNA DIREITA E UM CORTE NA CABEÇA INFORMANDO QUE O FATO OCORRERA EM SOCORRIDO PELO RESGATE DO CORPO DE BOMBEIROS ATÉ O HOSPITAL DE RORAINÓPOLIS, ENTÃO ELA RELATOU A ESTA ESPERANÇADA PARA CONHECIMENTO

2º SGT GABRIEL SILVA DE ARAUJO
CADASTRO 47000511

LOCAL
RORAINÓPOLIS/RR 16/04/2020

Recebi os conduzido(s) e os material(is) acima anotado(s)

Nome do Policial

Assinatura

RORAINÓPOLIS/RR 16/04/2020

(IMPRESSO POR 415 EM 16/04/2020 12:14:21)

1º/2º Pel/3º CIPMFron - 1º/2º Pel/3º CIPMFron
Rua
Fones: (95)

192.168.004.100

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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: ☐ RECLUSO 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4253 03 CONTA: 00035787 9 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 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR



Nº DE AVISO: 322 2 20
Nº DE VÍTIMAS: 01
OCORRÊNCIA: T: 17
DATA: 16/04/2020

OBM DE ATUAÇÃO		ÁREA DE ATUAÇÃO		VTR	KMI	KMF
<input type="checkbox"/> 1º BPABM <input type="checkbox"/> 1º PEL <input type="checkbox"/> 2º PEL <input type="checkbox"/> 2º BPABM <input type="checkbox"/> 1ª CIA <input type="checkbox"/> 2ª CIA <input type="checkbox"/> 3ª CIA		<input type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sul <input type="checkbox"/> Rural		RUA 0215	108.723	108.776
H/SAÍDA	H/NO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	NO DESTINO	H/NA OBM OU B-01		
07:38	07:50	07:29	08:25	09:01		

1. DADOS DA OCORRÊNCIA

COD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADO:

ENDEREÇO: VICINAL 14 KM 6 Nº: BAIRRO: ZONA RURAL

CIDADE: PONTO DE REFERÊNCIA:

LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☐ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: RAIDENIR SILVA NASCIMENTO RG: 168.831.320.023 MA

D.N.: 1/1 IDADE: SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino NECESSIDADES ESPECIAIS: ☐ Sim ☐ Não

ENDEREÇO: VICINAL 29 KM 7 LOTE 24 Nº: BAIRRO: ZONA RURAL

CIDADE: RORAIMÓPOLIS NACIONALIDADE: ☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro TEL:

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual:

Deseja informar sua orientação sexual? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ homossexual

☐ Outro: Deseja informar identidade de gênero? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? ☐ Homem transexual ☐ Mulher transexual

☐ Travesti ☐ Outro:

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.

☐ O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento.

Assinatura do paciente/vítima: RG Nº: SSP/

Testemunha: RG Nº: SSP/

Testemunha: RG Nº: SSP/

4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. A dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado <input type="checkbox"/> 4. Confuso <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2. Sons incomp. / Gemidos <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais <input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. Reage a dor <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	15 Pontos

5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. A dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha <input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado <input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente <input type="checkbox"/> 2. Agitação <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros <input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. Sente dor, mas não retira <input type="checkbox"/> 3. Flexão a dor (decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	____ Pontos

6. SINAIS VITAIS

PA: 130/90 FR: FC: 62 SpO2: 92 Temperatura: 36.5

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA: ☐ SIM ☐ NÃO QUAL (is):

USO DE MEDICAMENTOS: ☐ SIM ☐ NÃO QUAL (is):

APARENTEMENTE ALCOOLIZADO: ☐ SIM ☐ NÃO

8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA

☐ Óbito evidente ☐ PCR ☐ Vítima encarcerada

ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL
1ª PEL 2ª CIA BPABM - RORAIMÓPOLIS

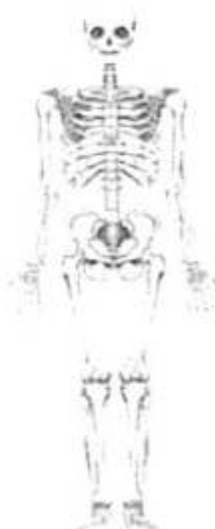
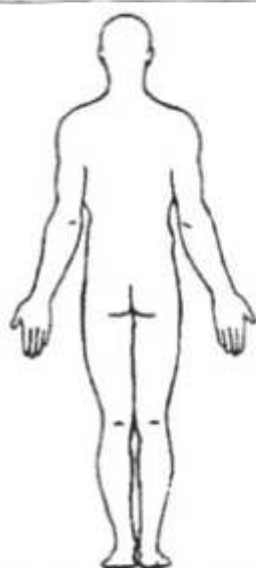
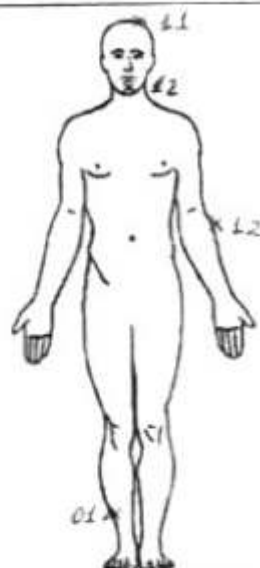
DOCUMENTO CONFERE COM O ORIGINAL

2º TEN. ROBERTO ROSARIO

Em: 15/06/2020

Ass: 18/50 Min

9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:



Legenda:

- 01- Fratura
- 02- Luxação
- 03- Entorse
- 04- Ferimento incisivo
- 05- Ferimento lacerante
- 06- Ferimento corto-contuso
- 07- Ferimento perfurante
- 08- Ferimento penetrante
- 09- Amputação
- 10- Avulsão
- 11- Contusão
- 12- Escoriações
- 13- Queimaduras

10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ENCONTRADA EM DELÍBITO DORSAL RECLAMANDO DE DORES NOS MEMBROS INFERIORES COM FRATURA EXPOSTA DA TIBULA E FIBULA E CORTE CONTUSO NA REGIÃO POSTERIOR DA CABEÇA. FEITO A ANÁLISE, A VITIMA FUI IMOBILIZADA E TRANSPORTADA PARA A UNIDADE DE SAÚDE E ENTREGUE COM VIDA.

11. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

☐ Carteira de identidade ☐ Cartão magnético ☐ Und ☐ Capacete ☐ Outros: _____
☐ CNH ☐ Cheque ☐ Fls ☐ Calçado _____
☐ CPF ☐ Dinheiro R\$ _____ ☐ Óculos _____
☐ Título de eleitor ☐ Jóias ☐ Relógio _____
 Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

☐ P.S. Francisco Elesbão ☐ Hosp. da Criança Santo Antonio ☐ Hosp. das Clínicas
☐ P.A. Ailton Rocha ☐ Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré ☐ Outros: _____
☐ Pronto atendimento Cosme e Silva ☐ Hosp. Unimed _____

13. ESTADO DA VITIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

☐ Crítico ☐ Estável ☐ Instável

14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe:	Socorrista(s):	Condutor da VTR	Resp. pelo preenchimento
3º SGT BRITIS	SD RAPOSO	SD AELHOLSON	SD RAPOSO

15. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VITIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura: _____ Carimbo: _____
 Documento de identidade: _____
 Registro de conselho (CRM, COREN): _____

STEVE ROSARIO DA SILVA - 2º TEN CCO BM
 COMANDANTE DO 1º PELDA 2ª CIA 2ª SPABM
 Matrícula 47500262

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Góes, 501 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.000-000
Nota Fiscal e Contas de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impostos autorizada pelo SENAT 305/03

IP de Nota Fiscal 5358644

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

DATA

JUNHO/2020

01/07/2020

281

FCAH*

165,45

CPF: 00014989182391

ALDENIR RODRIGUES DO NASCIMENTO
V. 29 KM-6.5 LT-29 - RURAL
CEP: 69.373-000 - RORAINÓPOLIS

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual: 1614
Anterior: 1338
Dias de consumo: 28
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo medido: 276
Consumo Faturado: 281

DATAS DA LEITURA

Atual: 15/06/2020
Anterior: 15/05/2020
Próxima leitura: 15/07/2020
Emissão: 18/06/2020
Apresentação: 15/06/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: 4.2.2.1
Classe/Subclasse: 2.6.6.1
Ligação: RURAL
Número medidor: 00014989182391
Forma de Faturamento: NORMAL
Instalação: COMERC

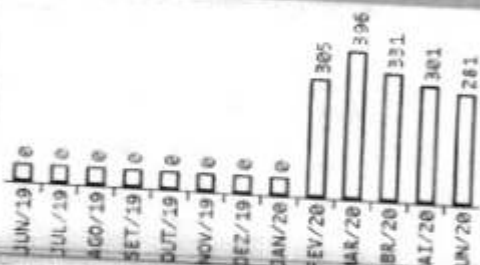
DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 281 A R\$ 0,573971 = 161,28
CORREÇÃO MONETARIA IG 05/20-00
MULTA POR ATRASO 05/20-00 0,32
JUROS DE MORA DE IMPO 05/20-00 3,45
TOTAL 165,48

OUTRAS INFORMAÇÕES

1614
1338
281
1,000
276
281

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses:



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Informações existentes em nosso sistema apontam para o valor de R\$ 165,48 (seiscentos e cinquenta e quatro reais e quarenta e cinco centavos) devido nesta data. Caso o(a) cliente(a) não concorde com este valor, recomendamos que procure o atendimento de Roraima Energia com o(a) representante de atendimento. Nosso valor R\$ 165,48. LIGUE 0800719128 E FAÇA O CHAM VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

52FE.896B.541C.8500.7C33.157D.24F6.8BF3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	30,25	Encargos:	5,00
Transmissão:	30,61	Tributos:	25,33
	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo	Alíquota	Valor
ICMS:	17,00%	27,41
IPIS:	0,20%	0,33
COFINS:	0,99%	1,55

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	LIC			FC			Dado	Dado
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Limite	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjuntos							0,00	
				Período de apuração:	04/2020			0,00

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Siqueira, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.541.470/0001-44 | Ins. Estadual: 34.001.522-3
Rua Fiscal / Centro de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impostos autorizada pela SEFINZ, RR/13

Nº de Nota Fiscal 5265486

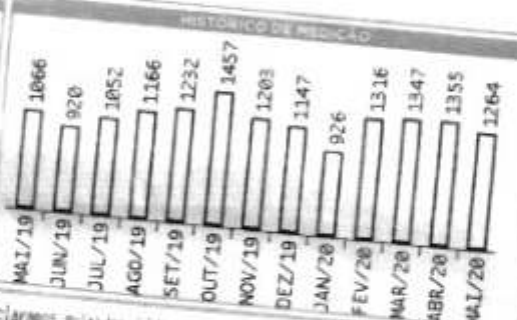
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é concedida
pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002 FCAH*

CONTA Nº: 11/06/2020
CONSUMO: 1264
TOTAL A PAGAR: 998,65
ROSIANE MARIA OLIVEIRA GOMES
R. MARIA RODRIGUES SANTOS 996 - ASA BRANCA
CPF: 00057064261200
CEP: 69.312-285 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)		DADOS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	2918	Atual:	26/05/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.1.1
Anterior:	1654	Anterior:	25/04/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	51	Próxima leitura:	24/06/2020	Ligação:	TRIF
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	22/05/2020	Número Medidor:	12640000
Consumo medido:	1264	Apresentação:	26/05/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	1264			Modalidade:	COMUM

DESCRIÇÃO DE CONTA			
CONSUMO	1264 A R\$ 0,753650 =	952,61	
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 04/20-00		0,82	
MULTA POR ATRASO DE 1 04/20-00		0,69	
JUROS DE MORA POR ATR 04/20-00		0,01	
MULTA POR ATRASO 04/20-00		20,71	
JUROS DE MORA DE IMPO 04/20-00		0,69	
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		23,12	

OUTRAS INFORMAÇÕES
TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 1264 - R\$ 61,7770



Declaramos nulidade de débitos desta UC no ano de 2019 (Lei 12007/09).
Liquide 00007019120 e PAGA OPAÇÃO VENCIMENTO 1 e 11 15 21 26.
Parabéns! Até o dia 22/05/2020, não constamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS IMPORTANTES
REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	522,48	Encargos:	23,55	Base de Cálculo:	952,61
Transmissão:	226,00	Tributos:	171,74	ICMS:	17,02%
	8,02			PIS:	2,17%
				Cofins:	8,00%

INDICADORES DE CONTINUIDADE		FC		DÍGITO	
Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor
FC	9,24	FC	8,46	FC	4,99
FC	18,49	FC	16,92	FC	33,84
FC	36,99	FC	2,00	FC	0,07
FC	0,55	FC		FC	

ROT: 5.001.12.07.733400

RORAIMA ENERGIA
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Siqueira, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.541.470/0001-44 | Ins. Estadual: 34.001.522-3

SEM CÓDIGO
0023601-2
MÊS FATURADO
05/2020
TOTAL A PAGAR - R\$
998,65
VENCIMENTO
11/06/2020
Nº de Nota Fiscal 5265486
FCAH*



SEQ.: 0258
LEITURA: 2918
UC: 0023601-2
NORMAL
DT. VENC.: 11/06/2020
DT. LEIT.: 26/05/2020
TOTAL: 998,65
T. ENTR.:
CARGA: P
IRREG.: 000 COLETOR

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/BIBLIOTECABWEB/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 COAF¹.

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 RODRIGO DE SOUZA COSTA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 6165 35 942 168 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
RODOLFO SILVA NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 833 948 182 192
do sinistro de DPVAT cobertura PER INVALIDEZ da Vítima RODOLFO SILVA NASCIMENTO
inscrito (a) no CPF sob o Nº 833.948.182 192, 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>MARIA RODRIGUES DOS SANTOS</u>	Número: <u>996</u>	Complemento: <u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro: <u>ASA GRANDE</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>PERNAMB</u>
E-mail: <u>penalido.inep@bol.com.br</u>		CEP: <u>69.35.260</u>
		Tel.(DDD): _____

Local e Data: Boa Vista/PE 18 DE AGOSTO DE 2020

RS

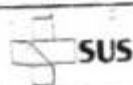
Assinatura do Declarante

12853

FICHA DE ATENDIMENTO				CLINICA MEDICA		MANHA 07-13		7
2000164823	16/04/2020 08:48:40		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
Paciente	RALDENIR SILVA NASCIMENTO		27/12/1983	36 A 3 M 20 D	898003423736846	83394818272		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Naturalidade	Nacionalidade		
IDENTIDADE	168831320013 MA	16/04/2001	M	Estado Civil	Raça/Cor	TUNTUM - MA	BRASILEIRA	
Mãe	MARIA DA SILVA NASCIMENTO				Contato	ALDEMIR RODRIGUES DO NASCIMENTO(95) 99171-2161		
Endereço	RUA - VICINAL 29 KM 07 L 29 - SN - CENTRO - RORAINOPOLIS - RR				CEP:	69.373-970	Ocupação	AUTÔNOMO
Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	130/80		
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA		Procedimento Sol.	Registrado por:		MARCIA BARBOSA		
Sector	DEMANDA ESPONTANEA							
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem	GSC				TOTAL			
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA)	10:00h							
Exame Físico	Inspeção: (note) traxite (note) ossea e... Palpação: (note) fria, consistente e... Percussão: (note) e gurgles, Glasgow 15, abd... Reflexos: (note) livres. H.D. F. natural							
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO - X <input type="checkbox"/> ULTRA-SOM <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA							
PRESCRIÇÃO	<p>(1) A.V.D. e S/V</p> <p>(2) Dente oral zero</p> <p>(3) T. rostral (100-5) + 100-1 de 1000</p> <p>(4) S.F. 0,9% (EV) (40-5) (EV) 1x dia 08/5/20</p> <p>(5) Paracetamol (10-5) (EV)</p> <p>Condição: (40-5) (EV)</p>							
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelar <input type="checkbox"/> Transferência para: (40-5) (EV)							
óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (até 96h) <input type="checkbox"/> Internação							
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
Destino:	<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: marcia.barbosa	Data Hora: 16/04/2020 08:50:03							



2000164823



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
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO

2 - CNES
7 4 7 0 3 7 1

4 - CNES
7 4 7 0 3 7 1

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 9 8 0 0 3 4 2 3 7 3 6 8 4 6

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3

10 - RAÇA/COR

03

11 - NOME DA MÃE

MARIA DA SILVA NASCIMENTO

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

000

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

000

15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Vic 2ª - Km 07 - CEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

RORAIMA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

140047

18 - UF

RR

19 - CEP

69373970

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Feb. exp. perno. D

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF 508 713 072-00
RRSGOSP

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAIMA

Conte com original

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

31 - DOCUMENTO

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

CRM 1286

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/09/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
CIRO HERNANDEZ COLLAZO - CRM: 473

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR
RORAIMA - RR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

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

() CNS

(X) CPF

5 1 1 6 8 6 2 6 2 - 3 4 X X X

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Cirio Hernandez Collazo
Médico Autorizador
CRM 473/RR



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

044

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL REGIONAL SUL		Especialidade: ORTOPEDIA	Procedimento Realizado: TDD. Cir. Fract. Tibia "D"	
Nome do Paciente: Raldemir Silva Nascimento			Nº do Prontuário	Data 16/04/2020
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala:	Circulante de Sala:
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Caixa de Grandes Fragmentos				

Dados dos materiais

Hospital Regional Sul Gov. Ottomar de Sousa Pinto		Dados Adicionais: Conteúdo original		
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.	MARCA
01	Placa DCP longa 10 furos	VNA	01	Intermed
02	Paraf. cortical 4,5 x 24 mm	VND	01	"
03	Paraf. cortical 4,5 x 26 mm	VND	02	"
04	Paraf. cortical 4,5 x 28 mm	VND	02	"
05	Paraf. cortical 4,5 x 32 mm	VND	02	"
06	Paraf. cortical 4,5 x 36 mm	VND	01	"
07	Paraf. cortical 4,5 x 38 mm (domilhada)	VND	01	"
MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Gustavo Furtado				
INSTRUMENTADOR: Camilla Moraes				
1º AUXILIAR: Sr. Paulo				

05.370.016/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO

Br. 174 - Km 468

CEP: 69.370-970

RORAINÓPOLIS

1ª VIA - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª VIA - OPME/HRSGOSP

OBS: A CAUTELA CIRÚRGICA DEVERÁ SER PREENCHIDA COM LETRAS LEGÍVEIS SEM RASURAS, E ANEXOS DA CÓPIA DO BOLETIM OPERATÓRIO, E RAIO - X

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF 508 713 072-00
HRSGOSP

Secretaria de Estado da Saúde/ SESA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Rod. Br 174, nº 1500, Jardim Tropical, CEP 69.373-000 - Rorainópolis - Roraima - Brasil

GOVERNO
DE RORAIMA



HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

SETOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:
<p>NOME DO PACIENTE: <i>Valdemir S. Gonçalves</i> 19.</p>			
<p>PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:</p>			
DATA HORA:	PRESCRIÇÃO:	<p>05.370.016/0001-00 HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTONIAR DE SOUSA PINTO Br. 174 - Km. 45,8 CEP: 69.370-970</p>	
16/04/2020	<p>1 D. de L. Dire</p> <p>2 SFG 3500 L - 818.</p> <p>3 D. p. xome el - 818.1</p> <p>4 T. de L. 12/11/2</p> <p>5 cep. de xome el - 12/11/24</p> <p>6 cep. de L. 12/11/24</p> <p>7 SFG 3500 L - 818.</p>	<p>RELATORIO DE ENFERMAGEM</p> <p>HORÁRIO: 12:15</p> <p>OBSERVAÇÃO: 12:15</p>	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

PA. 100 X 0.
FE. 28
SP02. 100 X 0.

NOME DO PACIENTE		APT* OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Raldemir Silva Nascimento				16 04 20
CIRURGIA				
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
		INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
		10:20	12:00	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO	ANESTESISTA			
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR	CIRCULANTE			
TIPO DE ANESTESIA				
Raqui		Dra + Silvana		
QUANT	MATERIAIS	VALOR	QUANTID	TEMPO DE DURAÇÃO
				MEDICAMENTOS
	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÊNIO
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO
	CATGUT N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc
	CATGUT CROMADO N°			XILOCAÍNA %cc
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FLAXEDIL
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTHANE
	FIOS DE SEDA N°			PENTRANE
	FIOS DE ALGODÃO N°			ENTRANE
03	MONONYLON COM AGULHA 2.0			ETER - midazolam amp
10	MONONYLON SEM AGULHA			ATROPINA
06	UNIDADES DE GAZE pte			PROSTGME Ceptivacina
	PÁRES DE LUVAS N° 7.1/8 c			THIONEMBUTA
	EQUIPOS PARA SORO			MARCAÍNA + glicose
	ROLOS DE ESPARADRAPO			INOVAL
	DRENOS N°			GLICOSE % Dupirona amp
	SONDAS N°			ÁGUA OXIGENADA
01	AGULHAS P/ Raqui			MERTHIOLATE e pectivacina amp
10	COMPRESSAS pte			MERCÚRIO CROMO
02	LÂMINAS PARA BISTURI 20			Placa de P de 10 furos
03	Seringa 10 ml 03 ml			
SOMA				SOMA
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADORA	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTONAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS

Confere
com original

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF 508 713 072-00
HRSSOSP



DADOS DO ATENDIMENTO

DIA MÊS ANO HORA NÚMERO DE PRONTUÁRIO
3 06 2020 7:39

01 DADOS DO (A) PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Baldemir Silva Nascimento

REGISTRADO POR:

DATA NASCIMENTO Dia Mês Ano Idade Documento de Identificação
27 12 83 36 16883132005/R

SEXO: M ☒ F ☐

OUTROS: ☐

Logradouro e Nº Via 29 Km 7 lote 29

C.P.F. 533.948.182-72

ETNIA

Bairro: Município: Rio Estado (UF): RR

Cartão do SUS Nº (CNS) 898003423736846

Estado Civil: Solteiro

FILIAÇÃO PAI: Baldemir Rodrigues do
MÃE: M^{te} de Silva do Nas

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Agricultor

Nascimento

02 DO ACIDENTE

☐ RESIDÊNCIA ☐ VIA PÚBLICA

☐ TRABALHO ☐ TRÂNSITO

OUTROS (DESCREVER):

03 DA ENTRADA NA ET

☐ TRANSPORTADO ☐ DE AMBULÂNCIA

AGÊNCIA Bombom

REMOVIDO Conte

OUTROS (DESCREVER):

TEMP: PESO/Kg:

05.370.016/0001-00

04 SE ACIDENTE DE TRABAL

PROFISSÃO

ESPECIFICAR: HOSPITAL REGIONAL SUL

DIA MÊS ANO HORA

GOVERNADOR OTTON M. DE SOUSA PINTO

SERVAÇÕES

B. 114 Km 458

05 INFORMAÇÕES DE RESPON

ESPECIALIDADE:

ILIDADE MÉDICA RORAINÓPOLIS RR

RESUMO CLÍNICO:

EXAME FÍSICO:

EXAME COMPLEMENTARRES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):

RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):

DIAGNÓSTICO:

PROVÁVEL:

DEF NIF

06 DO (A) PACIENTE

REMOVIDO (A) PARA

INTERNADO NO (A)

paciente preso em
reclusão pelo Dr
Carlos J. G. S. S. C.
presente no posto
CASA T. L. L.

ÓBITO

Antes do primeiro atendimento? () Sim () Não

Destino () Família () IML

Conte
com original

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF: 508.713.072-00
RRSGOSP



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

110x7
Fe. 75
SP02-100

CHAMADA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE _____

CIRURGIÃO _____

TIPO _____

EQUIPE MÉDICA

1º AUXILIAR _____

2º AUXILIAR _____

TIPO DE ANESTESIA _____

APTº OU LEITO _____ Nº DO PRONTUÁRIO _____ DATA _____

TEMPO DE DURAÇÃO

INÍCIO _____ FIM _____ TEMPO TOT _____

TESTISTA _____

DOCUMENTADOR _____

CIRCULANTE _____

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.
	CATGUT SIMPLES N°		
	CATGUT SIMPLES N°		
	CATGUT SIMPLES N°		
	CATGUT N°		
	CATGUT CROMADO N°		
	CATGUT CROMADO N°		
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO		
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO		
	FIOS DE SEDA N°		
	FIOS DE ALGODÃO N°		
	MONONYLON COM AGULHA		
	MONONYLON SEM AGULHA		
	UNIDADES DE GAZE		
	PARS DE LUVAS N° 7/8		
	EQUIPOS PARA SORO		
	ROLOS DE ESPARADRAPO		
	DRENOS N°		
	SONDAS N°		
	AGULHAS P/ Paquí		
	COMPRESSAS P/ Paquí		
	LÂMINAS PARA BISTURI 20		
	SOMA		

TEMPO DE DURAÇÃO	VALOR
HORAS DE OXIGÊNIO	
FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc 500ml	
FRASCO SORO	
FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
FRASCO SORO GLICOSA %cc	
XILOCAÍNA %cc	
FLAXEDIL	
FLUOTHANE	
PENTRANE	
ENTRANE	
ÉTER	
ATROPINA	
PROSTGMIN	
THIONEMBUTA	
MARCAINA + glicosol an p	
INOVAL	
GLICOSE % Dimer F an p	
ÁGUA OXIGENADA	
MERTHIOLATE	
MERCÚRIO CROMO	
SOMA	

Conteúdo com original

05.370.016/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

B. 114 - Km 408

CEP: 69.370-970

RORAIMÓPOLIS

Elson Alves da Silva

Diretor Geral

CPF: 608.713.972-00

HRSGOSP

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADORA _____

ENFERMEIRA CHEFE _____

FUNDOÁRIO / CÁLCULOS _____

FUNDOÁRIO: C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO _____

DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

LEITO:

Lot

Nº REGISTRO:

Nadamer L. Van der

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

[illegible]

RELATORIO DE ENFERMAGE	
HORÁRIO:	OBSERVAÇÃO:

2000-10-10 10:10

(2) 500,000 - 10/18.

De P. de la R. de la R.

Dr. H. A. L. ac. 12.11.

(6) cephalone 4 - 14122

(i) beredvo 2x okn c h vinar

July 2000

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF 508 713 972-00
MRSQSP

Dr. Gustavo Furuta
Ortopedia
CRM 1255

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
HORÁRIO: OBSERVAÇÃO:

05.370.01610041-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO
BR. 174 - RUA 158
CEP: 69.370-970
RORAIMA
Controle
com original

17/01/2011

Dr. D. S. S.

Deficiência de vitamina A

Deficiência de vitamina B

Deficiência de vitamina C

Deficiência de vitamina D

Dr. Gustavo Eustáquio
Ortopedia
CRM-RR 145160 / GO 10277

Dr. Alvaro da Silva
Diretor Geral
CEP: 69.370-970
RORAIMA

Dr. Carlos HC / PCN

Amoroso e dedicado profissional



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

LEITO:

NOME DO PACIENTE:

50

Nº REGISTRO:

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

Naldini, S.

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

11 Nov. 1941.

© 1915.

~~10/2/2020~~

② cephalopods of a certain size.

5) Honey-Lime & Appleblossom 100 cc on 12/12.

(i) Diphtheria - 2

(6) Cubes of 4 PM. 10 x 2 x 2.

5) 510000

Rotura / Grafico

Dr. Gustavo Furlan
Ortopedia
Calle 12-1234

Um melhor do poder

RELATORIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES
HORÁRIO:		
caim		
monten		
contêre om ordina		
NS		
18		
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		



DADOS DO ATENDIMENTO =

DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE PRONTUÁRIO
8	06	2020	9:30	

01

DADOS DO (A) PACIENTE

REGISTRADO POR:

NOME DO PACIENTE:

Baldemir Silva Nascimento

SEXO: M () F ()
OUTROS: ()

DATA

NASCIMENTO

Dia

Mês

Ano

Idade

Documento de Identificação

27

12

83

36

16883132003/1

C.P.F.

533.948.182.72

ETNIA

Logradouro e N°

Via 29 Km 7 lote 29

Cartão do SUS Nº (CNS)

898003423736846

Estado Civil

Solteiro

Bairro:

Município:

Estado (UF)

Rio

RR

NACIONALIDADE:

Brasileiro

PROFISSÃO:

Agricultor

FILIAÇÃO

PAI

MÃE

Baldemir Rodrigues do
mãe de Silva do Nascimento

Nascimento

02

DO ACIDENTE

☐ RESIDÊNCIA

☐ VIA PÚBLICA

☐ TRABALHO

☐ TRÂNSITO

OUTROS (DESCREVER):

03

DA ENTRADA NA

☐ TRANSPORTADO

☐ DE AMBULÂNCIA

AGÊNCIA

REMOVEDO

BUDUWO
CONTRE

OUTROS (DESCREVER):

TEMP:

PESO/Kg:

05.370.016/0001-00

04

SE ACIDENTE DE TRABALHO

PROFISSÃO

ESPECIFICAR: HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTON M. DE SOUSA PINTO

DIA

MÊS

ANO

HORA

SERVAÇÕES

B. 1.4 - Km 258

CEP: 69.370-970

05

INFORMAÇÕES DE RESPOSTA

ESPECIALIDADE:

ILIDADE MÉDICA

RORAINÓPOLIS

RR

RESUMO CLÍNICO:

C. Cirurgião

paciente preso em

EXAME FÍSICO:

EXAME COMPLEMENTARRES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):

relatado pelo Dr
Carlos J. J. S. C.

RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):

DIAGNÓSTICO:

PROVÁVEL:

DEFINIR

apresenta lesão
crônica

06

DO (A) PACIENTE

REMOVEDO (A) PARA

INTERNADO NO (A)

ÓBITO

Antes do primeiro atendimento? () Sim () Não

Destino () Família () IML

Conte
com original

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF 508.713.072-00
HRSGOSP

PRÉ-ANESTÉSICO

Nome _____		End. _____		Lado _____		Serv. _____	
Sexo _____		Cor _____		Idade _____		Pis _____	
Diagn. Pré-OP _____		Alt. _____		Classe _____		Data _____	
Civ. Proposta _____		Pacote Assoc. _____					
Anest. Ant. _____							
Alergia _____							
Alcool _____		Fuma _____					
DROGAS: (Corticóides, fenotiazínicos, hipotensar, narcóticos, hipotéticos, antiagregantes, diuréticos, antibióticos, sulfadiazepina, MAO, outros)							
Estado Mental _____		Boca _____					
Pescado _____		Visão _____					
RX _____							
Pasta _____							
Hepatograma _____							
Outros _____							
Parâmetro Clínico _____							
PA _____		Puls _____		Temperatura _____			

Medicação Pré - Ant.	DOSE	VIA	HORA

Sangue Tipo _____		Leuc _____		Hb _____		Ht _____	
Hm _____		Hs _____		Hs _____		Hs _____	
Coag _____		Glc _____		Uria _____			
Creat _____		Glc _____		Na _____		mEq/L _____	
Cl _____		mEq/L _____		mEq/L _____		pO2 _____	
pO2 _____		SA _____		SS _____		BE _____	
URINA d _____		pH _____		glic _____		Alb _____	
Sedim _____							
Ap. gen. Ur _____							
AP. Razo _____							
AP. Circ _____							
AP. Dig _____							
S. Cereb - Ac _____							
S. Nerv _____							
S. Endoc _____							
Est. Pa (ASA) _____		AN. Proposta _____					
NB _____							
Assinatura _____							

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO		NA ENFERMARIA	
Data _____ Hora _____ <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-10deg); display: inline-block;"> 05.370.016/0001-00 HOSPITAL REGIONAL SUL R. 174 - Km 468 CEP: 89.370-970 ROZAINÓPOLIS </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> Confere com original </div>		Data _____ Hora _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-10deg); display: inline-block;"> Elson Alves da Silva Diretor Geral CPF: 608.713.922-00 RR 50.050 SP </div>	
Assinatura _____		Assinatura _____	

Item	Qtd	Valor	Valor Total
12	36,3	84	140 x 10
18	36,4	14	100 x 10
24	36,66	68	120 x 80
06	35,99	10	110 x 80

Contare
com origina

05:370.016/0001-00
HOSPITAL FARMACIA SULL
BONEFAC
Estrada - Km 468
CEP: 69.370-910
RORANOPOLIS

05:370.016/0001-00
HOSPITAL FARMACIA SULL
BONEFAC
Estrada - Km 468
CEP: 69.370-910
RORANOPOLIS

12	36,4	80	20	120x80
18	36,6	82	20	110x60
06	35,8	85	23	120x60

hora	T.	P.	E.	M.


 Elson Alves da Silva
 Diretor Geral
 CPF 509.139.972-00
 HR S 005 P

Confere
 com original

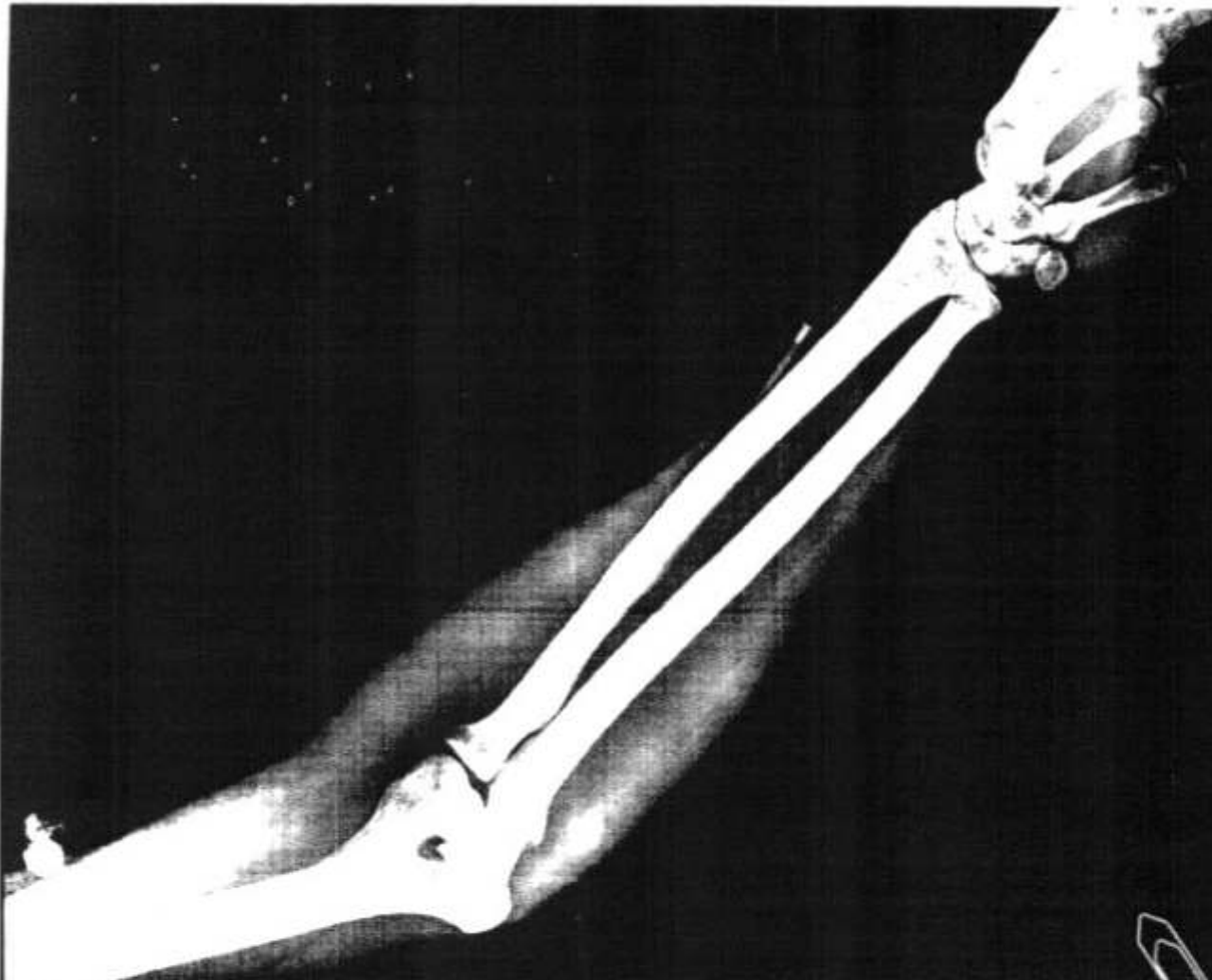
05.370.016/0001-00
 HOSPITAL REGIONAL SUL
 RORANÓPOLIS
 CEP: 69.370-970
 E: 134 - Km 13,5
 60.585000
 RE

10	1	1	1	1	1
12	36.6	81	20	112x8	
18	36.6	90	20	112x80	
24	36.3	84	20	90/50	
06	35.8	88	20	118/60	

10/10/20

05.370.016/0601-20
HOSPITAL REGIONAL SUL
CE. ADMA - 1000 - 1000 - 5334 PNTD
Br 14 10 20
CEP: 69.370-970
RORANOPOLIS RR

10/10/20



16/04/2020 09:09:40 41.2 %

KASLUINARA OLIVE
55442



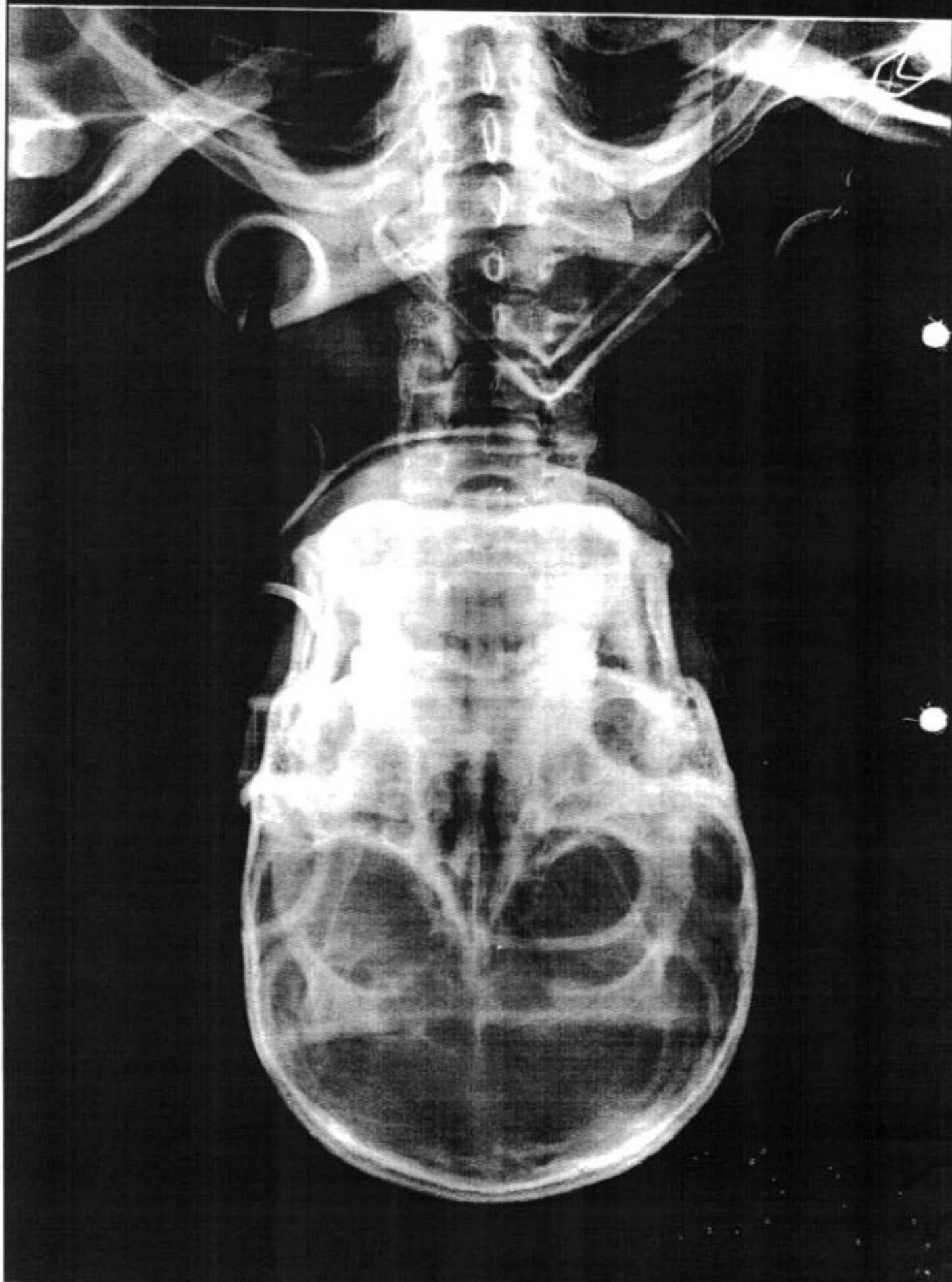
0 06:09:40 41.1 %

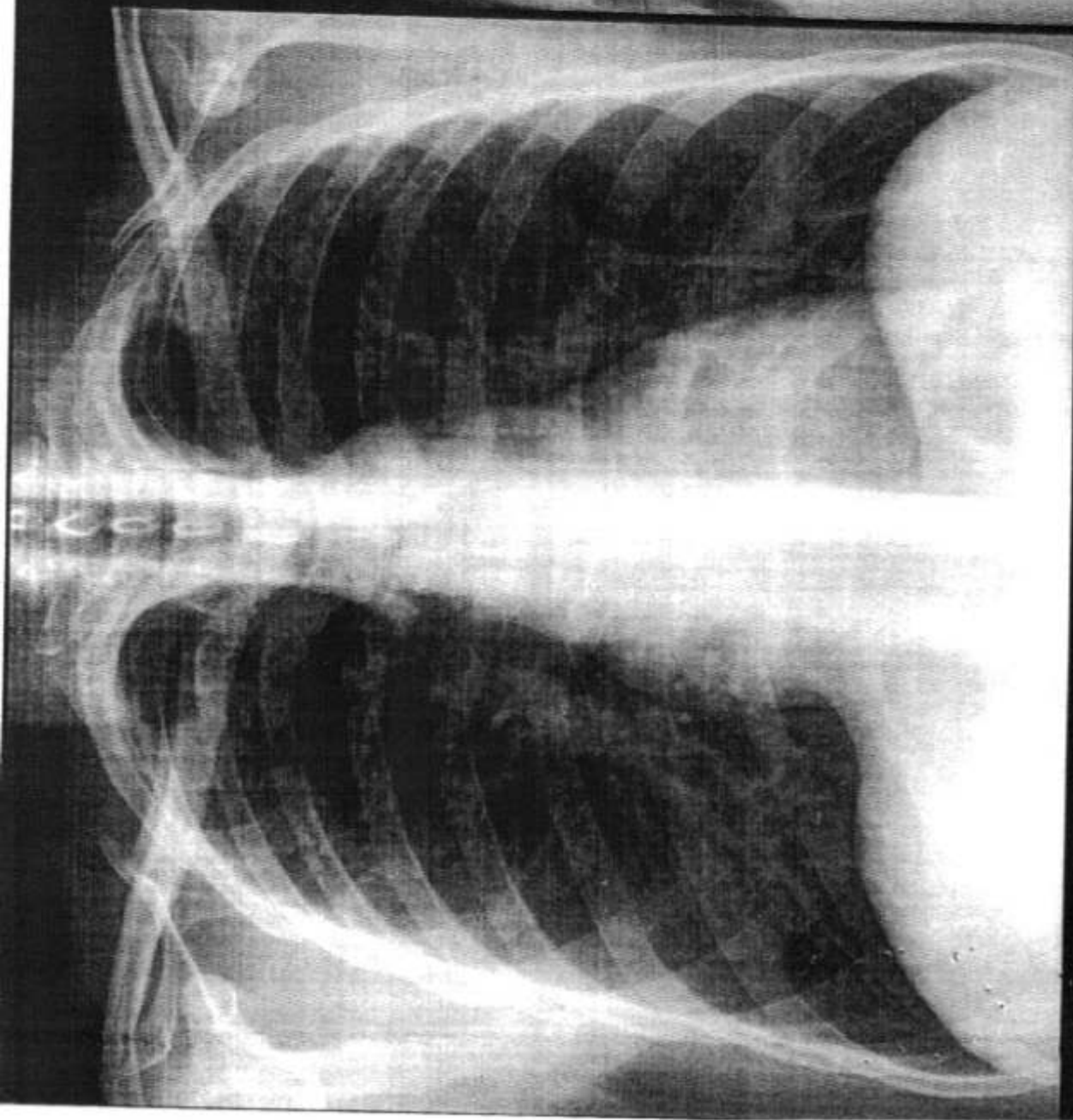
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO Masculino
RALDENIR SILVA NASCIMENTO 27/12/1983

16/04/2020

Elson Aires da Silva
Diretor Geral
CPF 508.713.072-00
RMS 0016

E





18/04/2020 15:45:21

HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO Masculino

RALDENIR SILVA NACIMENTO

18/04/2020

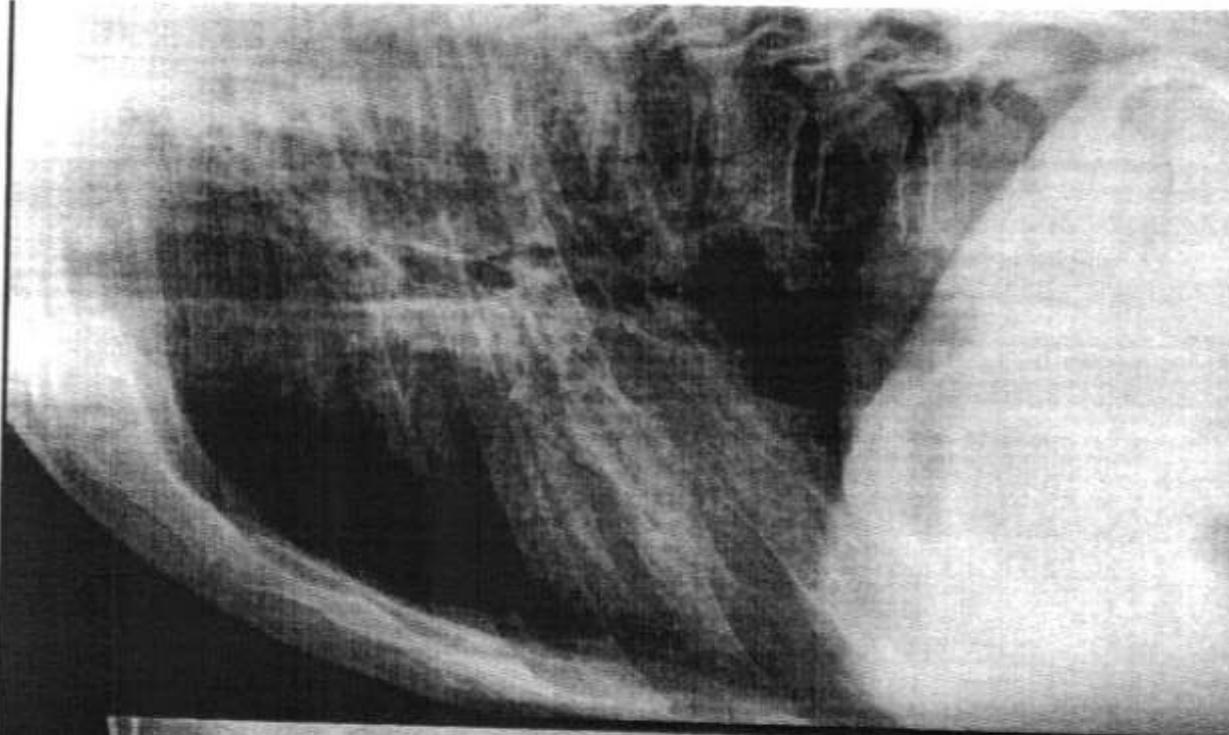
51.0 %

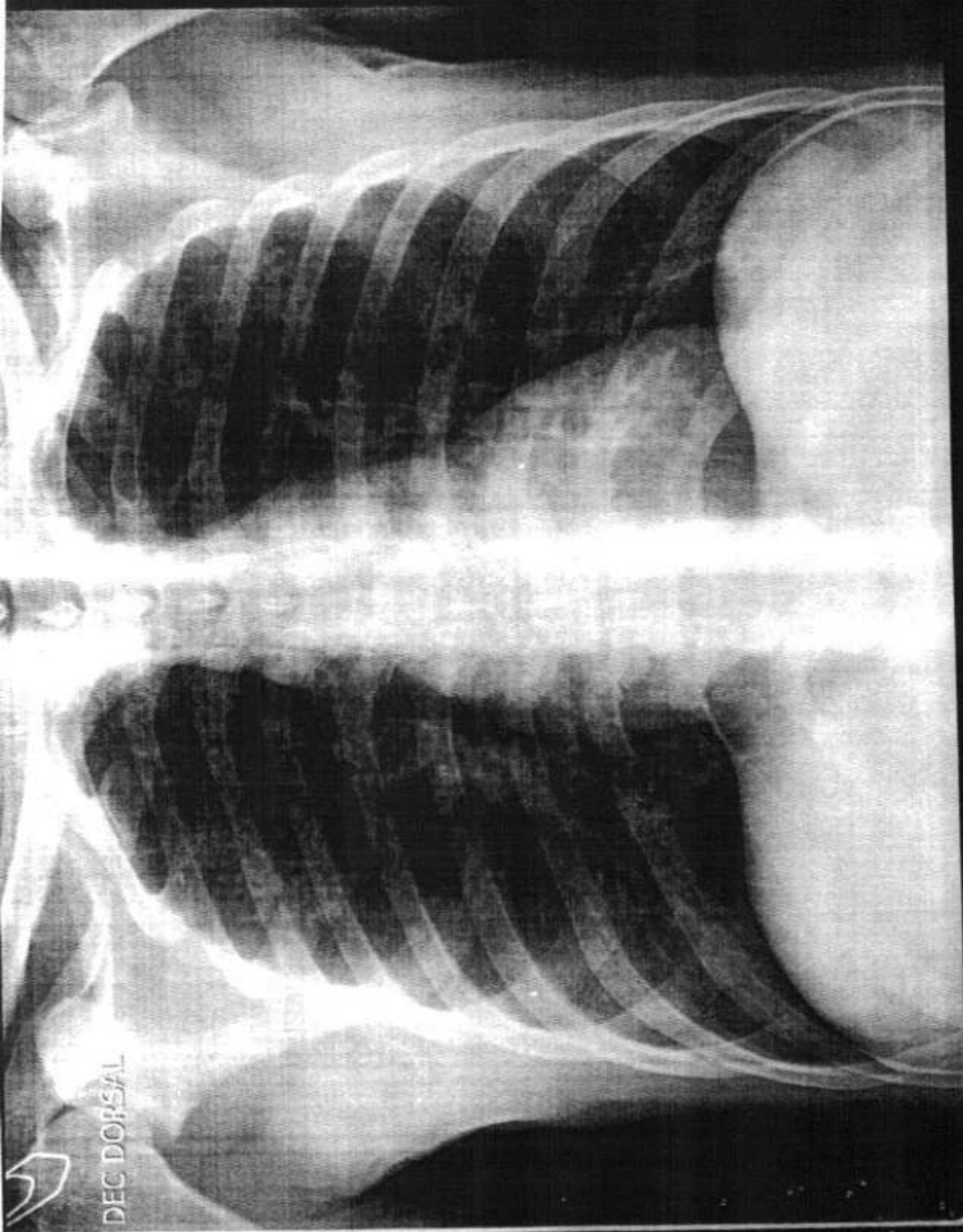
KELISON COELHO

55471

18/04/2020 16:45:21

44.5 %





DEC DORSAL

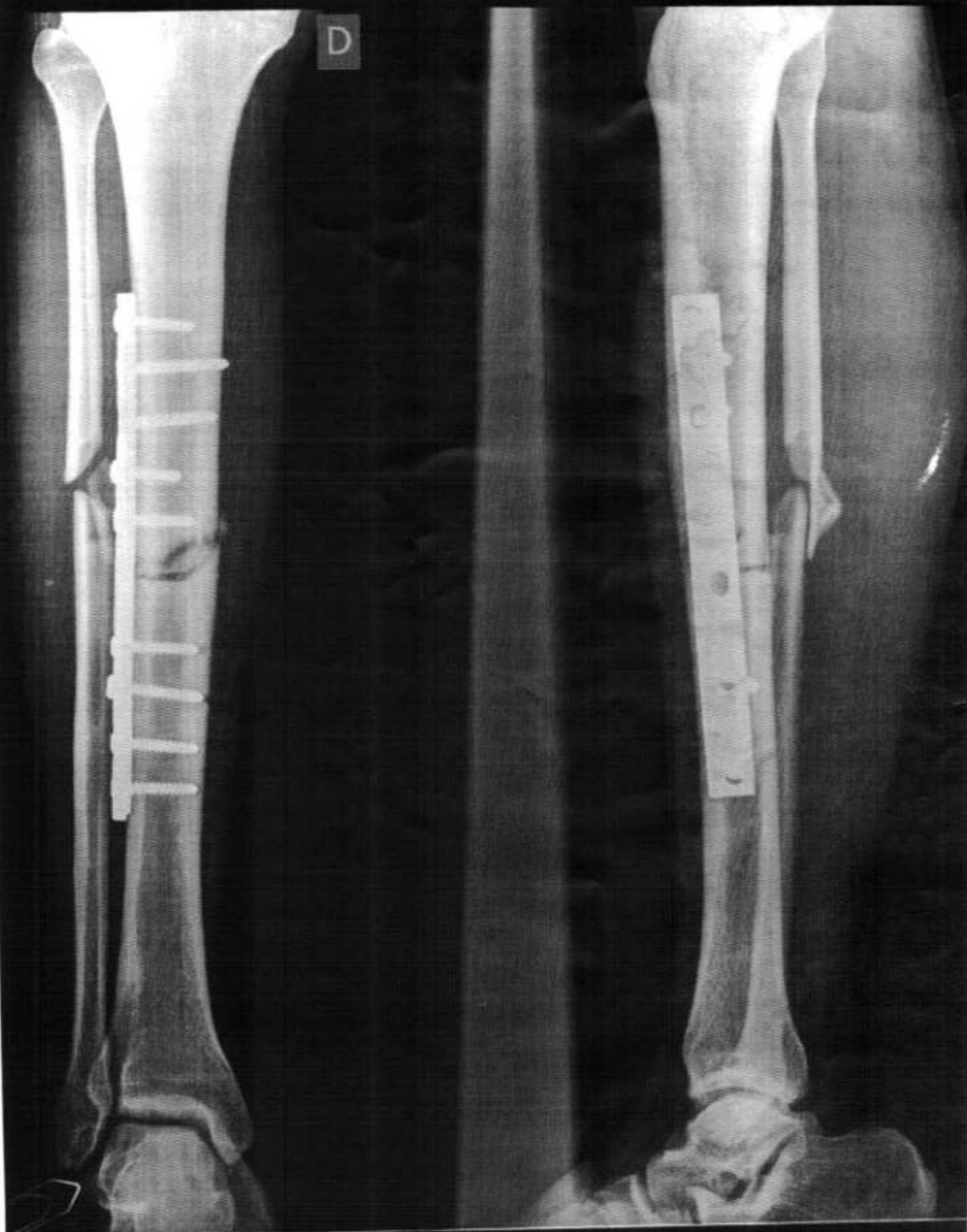
KELISON ODEIHO

55471

HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO Masculino

RALDENIR SILVA NACIMENTO

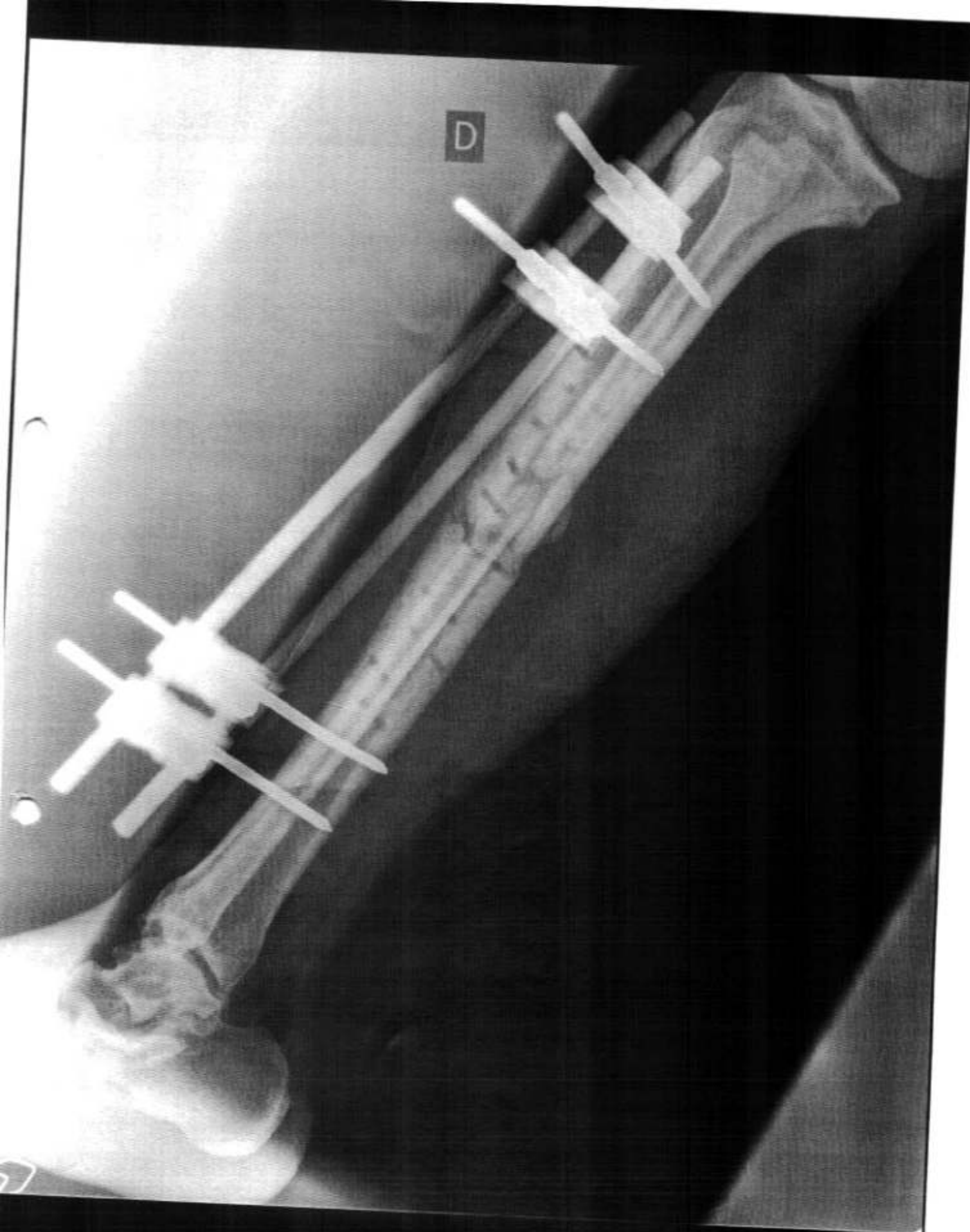
18/04/2020



HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO
RALDENIR SILVA NASCIMENTO
04/05/2020

Masculino
27/12/1983

JOSE OLIVEIRA
55.671



HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO Masculino

ALAN BARROS

RALDENIR SILVA NASCIMENTO

27/12/1983

56286

08/06/2020

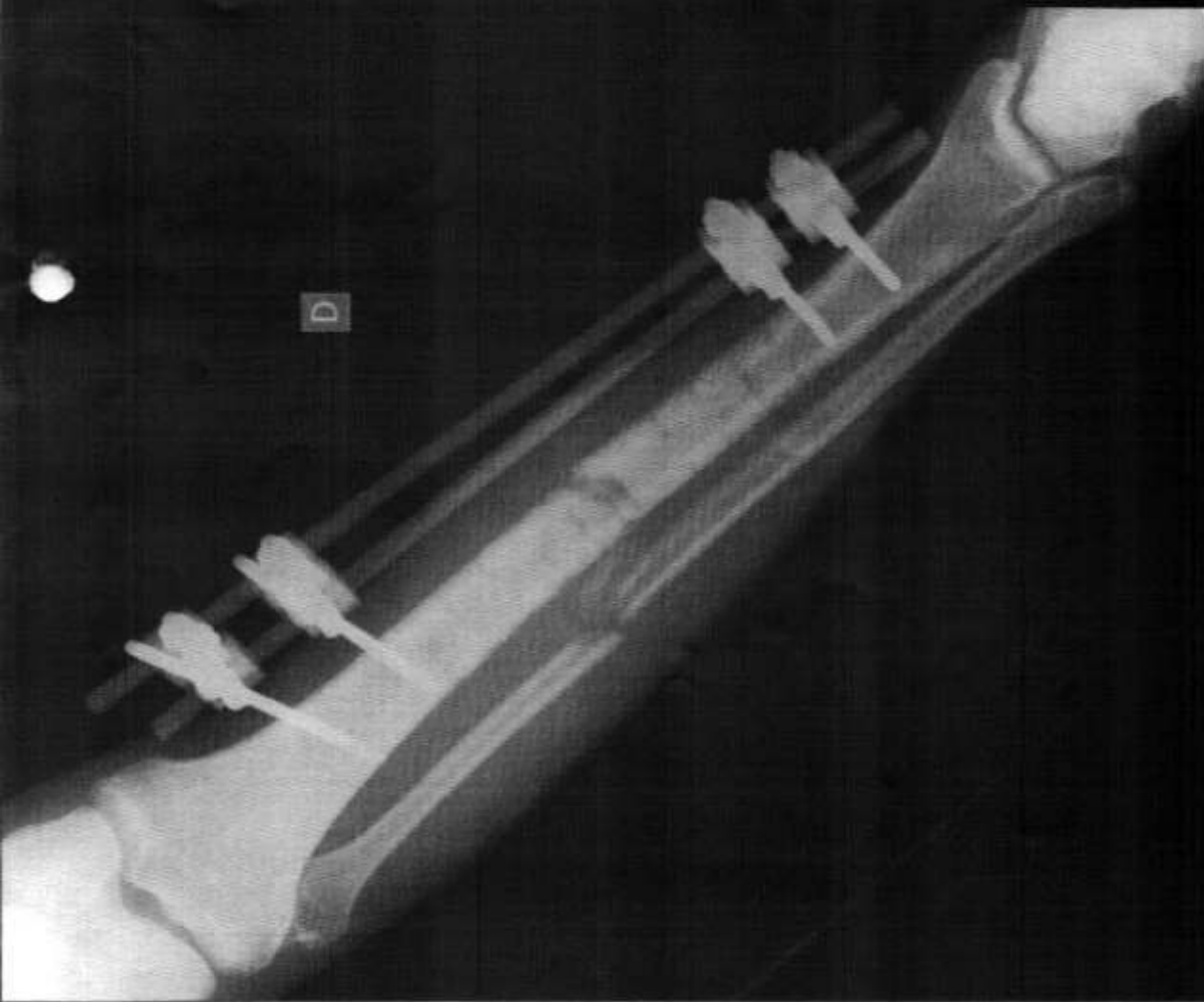
D



HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO
RALDENIR SILVA NASCIMENTO
08/06/2020

Masculino
27/12/1983

ALAN BARROS
56286



09/07/2020 10:01:42

41,1 %

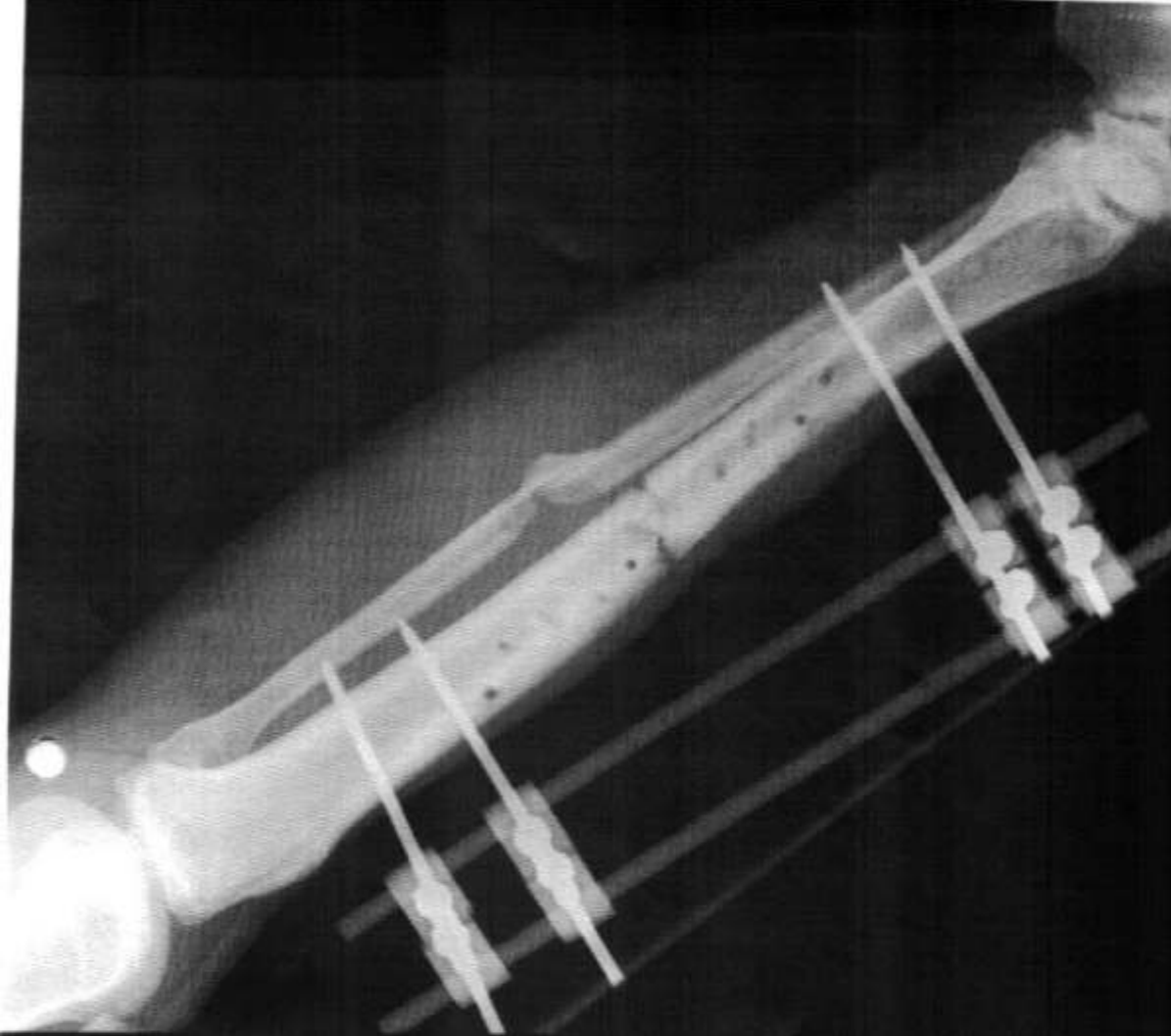
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO

Masculino

RALDENIR SILVA NASCIMENTO

27/05/1983

09/07/2020



09/07/2020 10:01:42

41,2 %

JOSE OLIVEIRA

57457

20/05/2020

RALDENIR SILVA NASCIMENTO

27/12/1983

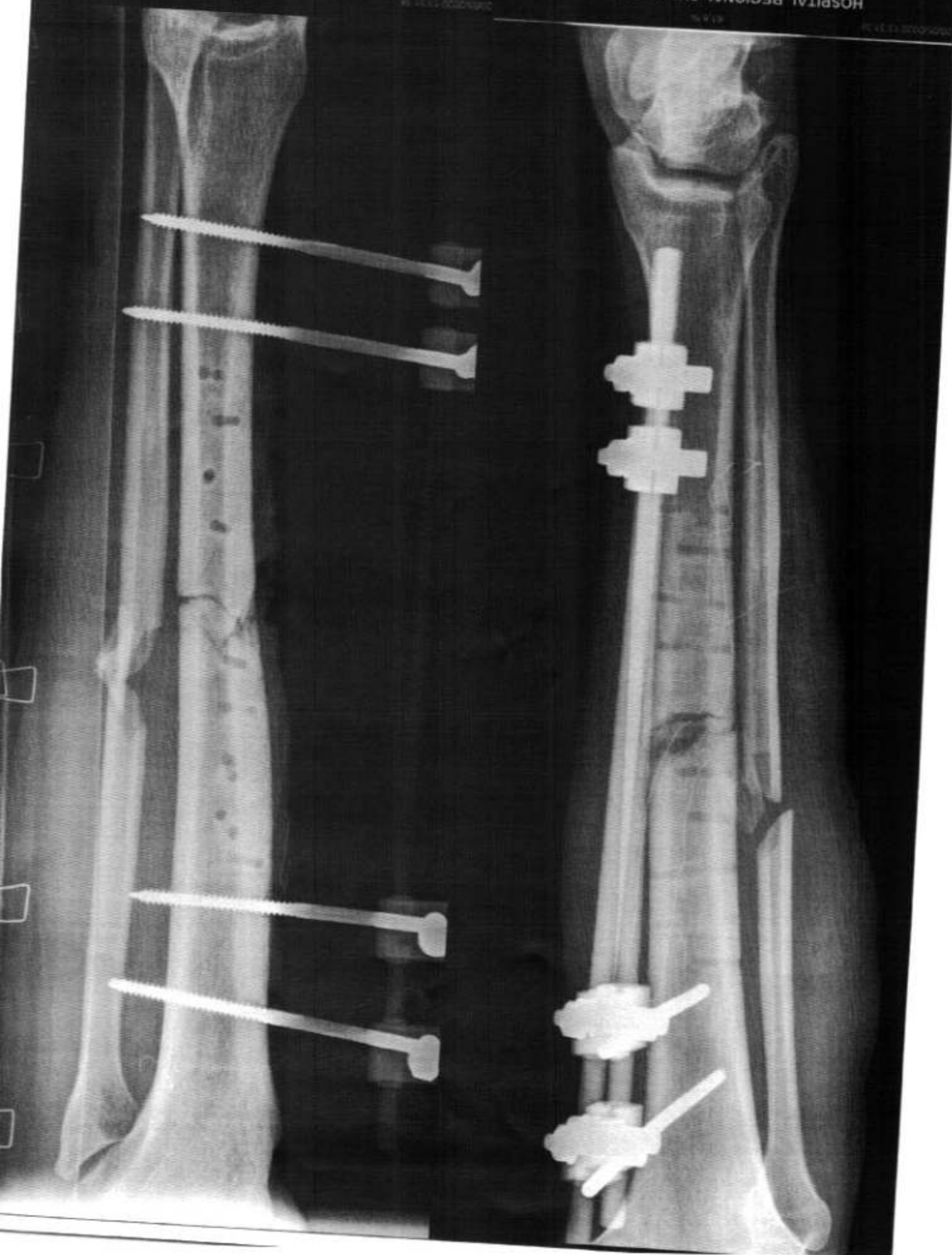
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO Masculino

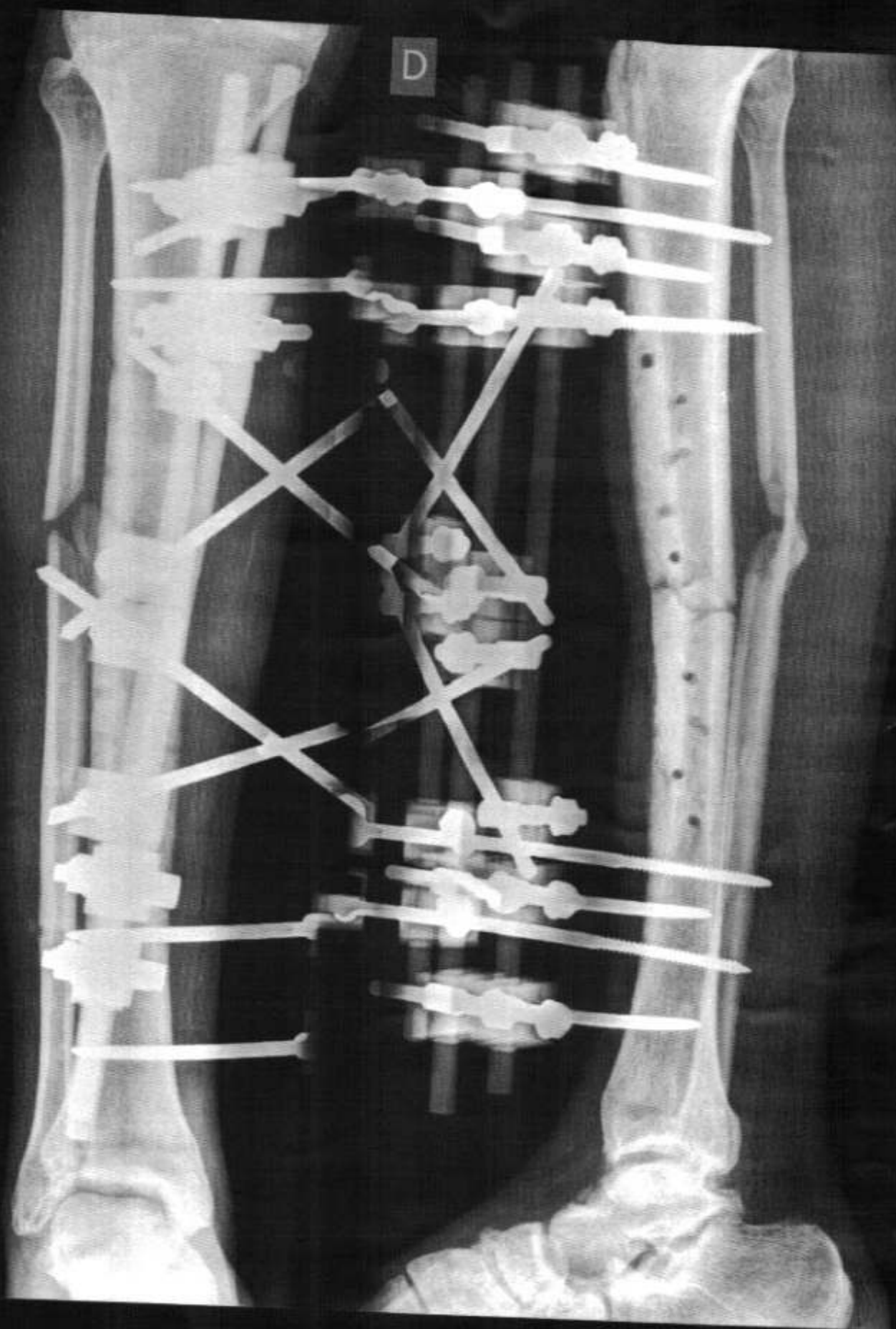
55854

CELCIARRA PALME

RTA M

00000000000000000000





HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO Masculino
RALDENIR SILVA NASCIMENTO 27/12/1983
21/07/2020

ALAN BARROS
57806

D



Elson Alves da S.
Diretor Geral
508 713 072
RSGOSP

16/04/2020 12:31:08

61.8 %

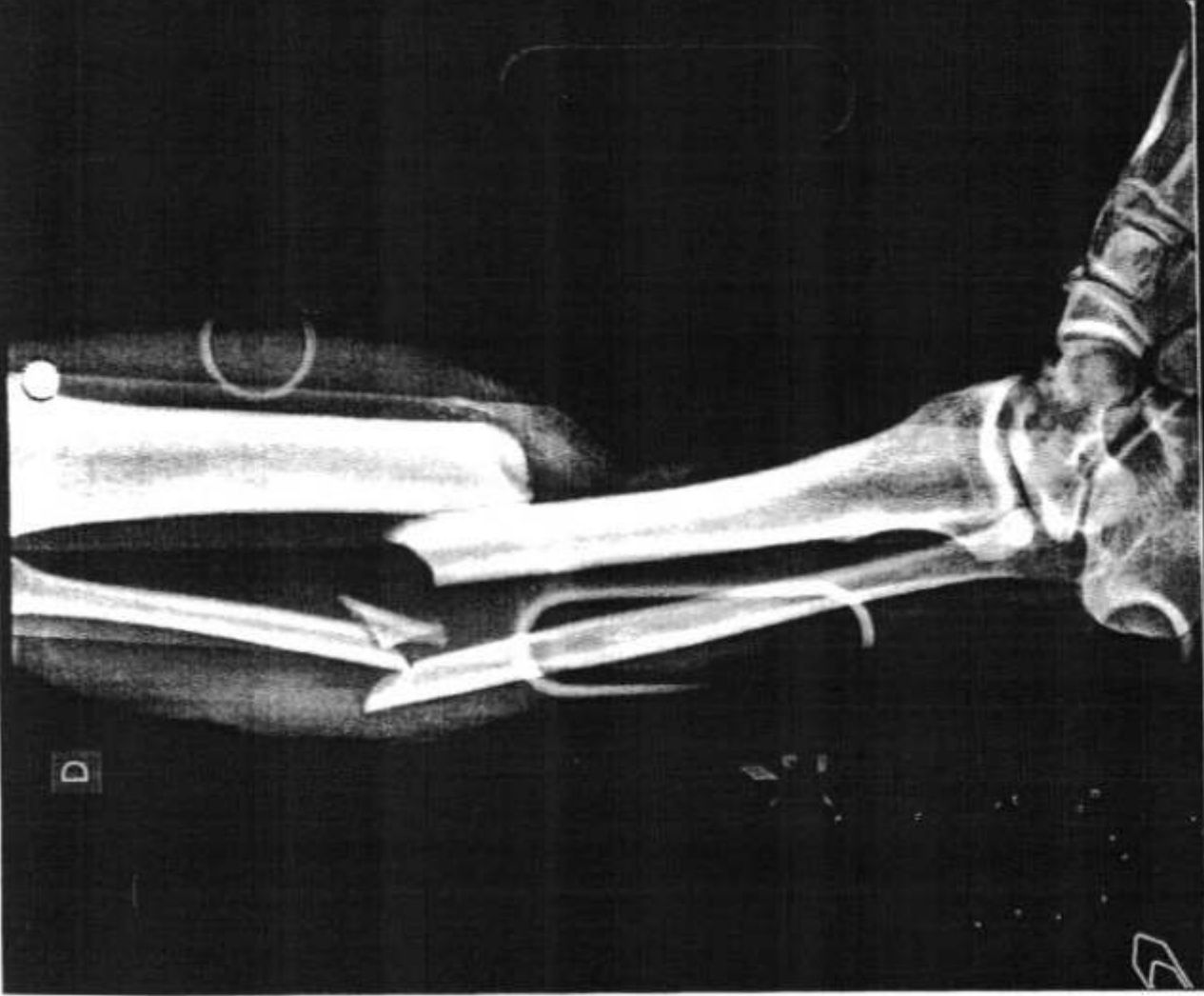
16/04/2020 12:31:08

61.8 %

HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO Masculino

KASLUINARA OLIVE

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF 508 713 672-09
HRSGOSP



16/04/2020 09:09:40

41,1 %

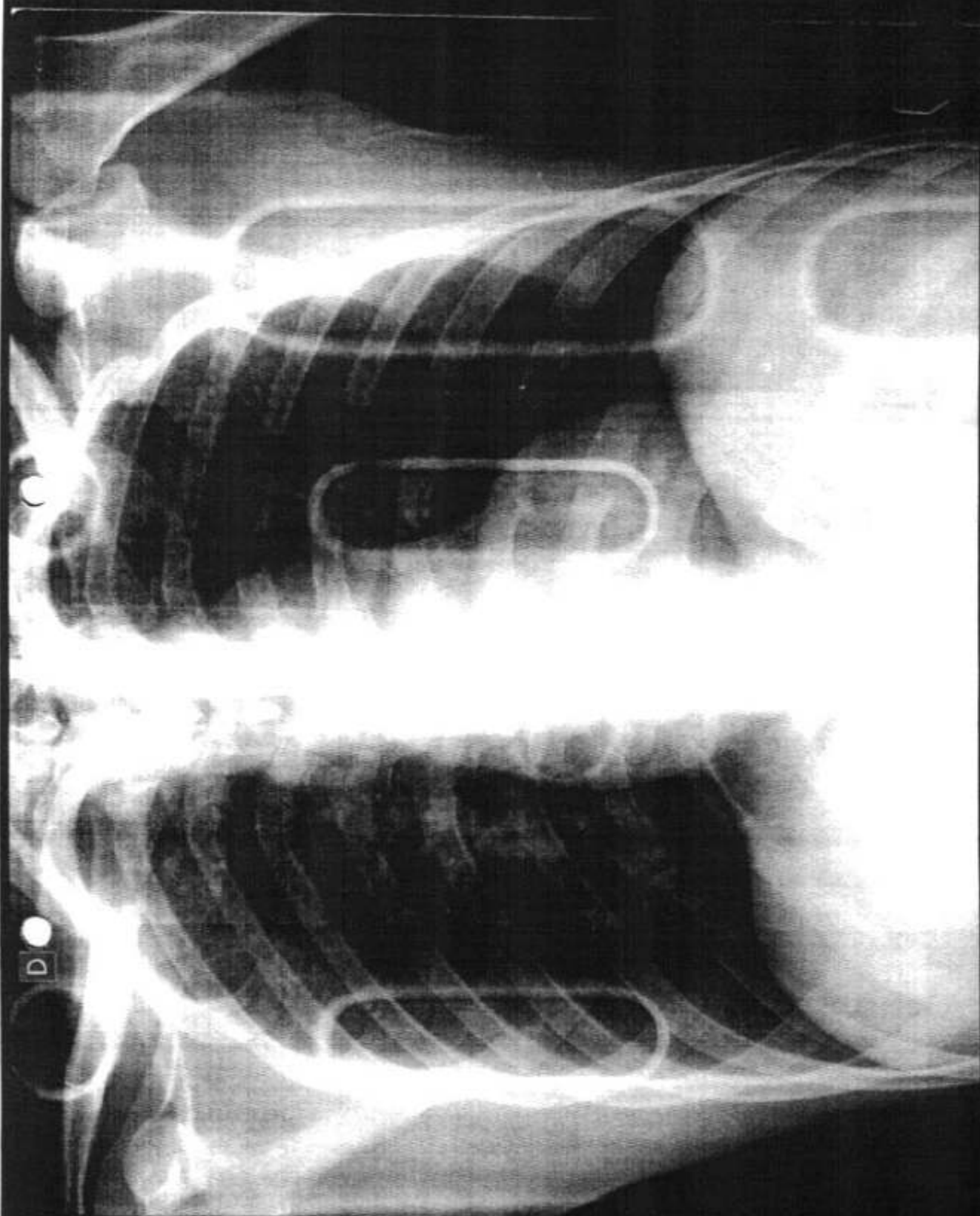
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO Masculino
RALDENIR SILVA NASCIMENTO 27/12/1983
16/04/2020



16/04/2020 09:09:40

42,5 %

KASLUINARA OLIVE
55442



KASLUINARA OLIVE

55442

Masculino

27/12/1983

HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO

RALDENIR SILVA NASCIMENTO

16/04/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
RONALDO DE SOUZA COSTA



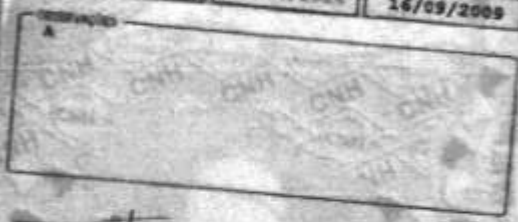
DOC. RESPOSTA (CRLH) ENDORÇAR
154075 389 AN

CPF
614.535.942-68 DATA NASCIMENTO
13/10/1977

ENDEREÇO
ANTONIO ESPINOSA DA
COSTA
CECILIA CAMPOS DA
COSTA

PROFISSÃO
CONDOMÍNIO
CATEGORIA
A2

ESPORTE
04754781014 VIGÊNCIA
14/05/2024 PROROGAÇÃO
16/09/2009



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1833589149

PRIMEIRO PLASTIFICAR
1833589149

ASSINATURA DO TITULAR
LOCAL
BOA VISTA, RR
DATA DE EMISSÃO
14/05/2024
CÓDIGO DE BARRAS
35604502676
RRT10141514

RORAIMA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO



R
R

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1540650082

NOME
RODRIGUES SILVA NASCIMENTO



DOC. IDENTIFICAD. INDIVIDUAL
168821320513 SSP MA

CPF
833.949.182-73

DATA NASCIMENTO
27/12/1983

FUNÇÃO
RODRIGUES DO
NASCIMENTO
NASCIMENTO
NASCIMENTO

PERMISSÃO
A.5

Nº REGISTRO
06723807505

VALIDADE
15/03/2021

EMISSÃO
18/10/2016

ASSINATURAS

Rodrigues Silva Nascimento
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

[Assinatura]
ANTONIO FRANCISCO SOBRAL RIBEIRO
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETRAN-RR

DATA DE EMISSÃO
22/10/2017

55968006644
8205420570

RORAIMA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1540650082

012 743 300 001 740

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243764/20

Vítima: RALDENIR SILVA NASCIMENTO

CPF: 833.948.182-72

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 16/04/2020

Titular do CPF: RALDENIR SILVA NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RONALDO DE SOUZA COSTA : 616.535.942-68

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

RALDENIR SILVA NASCIMENTO : 833.948.182-72

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: 28/08/2020
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA
CPF: 616.535.942-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RONALDO DE SOUZA COSTA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: RALDENIR SILVA NASCIMENTO, brasileiro, solteiro, agricultor, portador(a) do **RG 168831320013 SSP/MA** e **CPF nº 833.948.182-72**, residente domiciliado VICINAL 29, KM 07, LOTE 29, SITIO TRES CORAÇÃO, MUNICIPIO DE RORAINOPOLIS/RR.

OUTORGADO: RONALDO SOUZA COSTA, brasileiro, união estável, auxiliar administrativo, **RG 164075 SSP/AM**, **CPF 616.535.942-68**, residente e domiciliado na RUA MARIA RODRIGUES DO SANTOS, Nº, BAIRRO AS BRANCA, BOA VISTA – RR.

PODERES: Para requerer o seguro DPVAT por INVÁLIDez, a quem tem direito o outorgado, junto à qualquer seguradora pertencente ao consorcio DPVAT administrado pela Seguradora LIDER, em razão de acidente de transito, podendo o referido(a) procurador(a) receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, bem como quitar, requerer. E retirar documentos em órgão 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 fornece dados para credito de indenização de sinistro DPVAT, podendo viajar, assinar e receber a ordem e pagamento em nome do outorgante junto à rede bancaria.

CARTÓRIO
DE NOTAS PROTESTOS
E RECONHECIMENTO
subrainsopolis@gmail.com 55 95 3238.2068
Rua Pedro Daniel da Silva, 2825 - Centro
Rorainópolis-RR - CEP: 69.373-000

Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de: (1)RALDENIR SILVA NASCIMENTO - Rorainópolis, 30 de julho de 2020. SELO TJRR: RECIR168113VFABIQ2H9J287008, Total: R\$ 4,71. Emolumentos: R\$ 2,86, FECOM: R\$ 0,13, FISCALIZAÇÃO: R\$ 0,13, FUNDEJURR: R\$ 0,26, ISS: R\$ 0,13, Selo: R\$ 1,50. Consulte em <https://cidadeoportalciem.com.br>

Rorainópolis – RR, 30 de Julho de 2020

JOCIELE ALMEIDA DA CONCEIÇÃO - Escrevente Autorizada

Raldenir Silva Nascimento
RALDENIR SILVA NASCIMENTO

CPF nº 833.948.182-72

Outorgante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200310338 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RALDENIR SILVA NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/04/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FÍBULA À ESQUERDA. P6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P 6, 11, 28
VITIMA EM TRATAMENTO. P 29

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRURGICO EM 08/06/2020

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL; TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243764/20

Vítima: RALDENIR SILVA NASCIMENTO

CPF: 833.948.182-72

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 16/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RALDENIR SILVA NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RONALDO DE SOUZA COSTA : 616.535.942-68

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

RALDENIR SILVA NASCIMENTO : 833.948.182-72

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: 28/08/2020
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA
CPF: 616.535.942-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RONALDO DE SOUZA COSTA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO