
Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200302726

Vítima: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

Data do Acidente: 15/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

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

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:

467.814.472-20

4 - Nome completo da vítima:

Jose Roberto Araujo Rios

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

5 - Nome completo:

Jose Roberto Araujo Rios

6 - CPF:

467.814.472-20

7 - Profissão:

Açougueiro

8 - Endereço:

Rua Brasil Magalhães 2382

9 - Número:

5332

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Senador HC

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69316-518

15 - E-mail:

laivv@Hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(95)98404-5368

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3027

CONTA:

46387-

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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)

☐

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

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 - RR, 29/08/2020

Jose Roberto Araujo Rios

TESTEMUNHAS



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: 9083/2020 - Registrado em: 18/08/2020 às 11h 38min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 15/05/2020 às 17h 20min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: DOS IMIGRANTES

Nº: S/N

CEP:

Bairro: ASA BRANCA

Tipo de local:

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL (44), nascido(a) em 14/04/1976, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AÇOUGUEIRO, CPF Nº 467.814.472-20, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de RAIMUNDA DIAS DE ARAUJO e RAIMUNDO MARTINS RAIOL, endereço: CAUBI BRASIL MAGALHÃES, cep: 69316-518, Nº: 1332 Q 382, bairro: SENADOR HELIO CAMPOS, BOA VISTA-RR, Telefone: .

RELATO DA OCORRÊNCIA

INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA YAMAHA/YBR125 FACTOR ED, ANO: 2013/2014, COR AZUL, PLACA: NAP8625, DE SUA PROPRIEDADE, NO ENDEREÇO E HORÁRIO ACIMA CITADOS, QUANDO AO CHEGAR NO CRUZAMENTO UM OUTRO VEICULO INVADIU SUA PREFERENCIAL E O ATINGIU BRUSCAMENTE, COM O IMPACTO VEIO A CAIR SOFRENDO TRAUMA EM SEU PÉ.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

VALDEMIR DE S. CONSTANTINO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000887
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL
COMUNICANTE

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: 11/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000046187-0

Nr. da Autenticação 5FC46AB452561BCC



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0059933-6

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 360/13

Nº DA NOTA FISCAL 5790031 FCAM*

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

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|-------------|------------|---------------|---------------------|
| AGOSTO/2020 | 06/09/2020 | 367 | 315,46 |

JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

CPF: 00046781447220

R. CAUBI BRASIL MAGALHAES 1332 Q 382 - SENADOR HELIO CAMPOS
CEP: 69.316-518 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual: 13/08/2020 Anterior: 15/07/2020 Próxima leitura: 14/09/2020
Emissão: 12/08/2020 Apresentação: 13/08/2020 Dias de consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

| Grupo/Subgrupo | Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Faturamento | Modalidade |
|----------------|------------------|---------|----------------|-------------|------------|
| 1.1.1.2 | RESIDENCIAL | BIF | 11EDB06877 | NORMAL | CONVENC |

DADOS DA LEITURA (kWh)

| | kWh TOT/PTA | INJETADO TOT/PTA | kWh F.PONTA | INJETADO F.PONTA | kWh INTERMED. | INJETADO INTERMED. | kWh RESERVADO | INJETADO RESERVADO |
|----------------|----------------|---------------------|----------------|---------------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|
| Leit. Atual | 46648 | | | | | | | |
| Leit. Anterior | 46281 | | | | | | | |
| Constante | 1,000 | | | | | | | |
| Resíduo | | | | | | | | |
| Medido | 367 | | | | | | | |
| Faturado: | 367 | | | | | | | |

DESCRIÇÃO DA CONTA

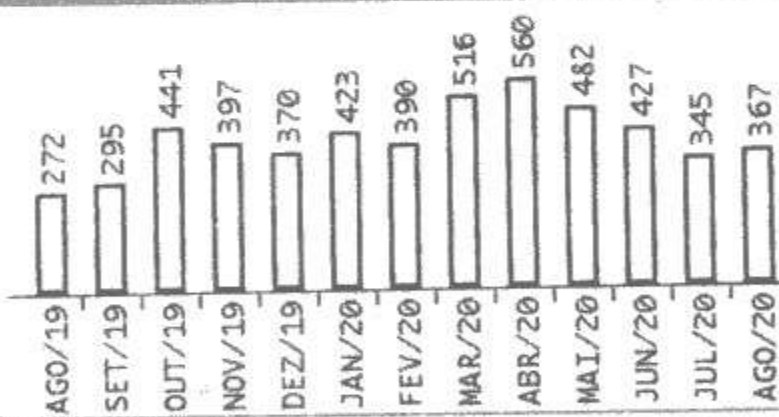
CONSUMO 367 A R\$ 0,786015 = 288,46
ILUMINACAO PUBLICA 27,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
2 A 367 - 0,617773

Média 12 meses: 409

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 12/08/2020, não constatamos
faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 0DA9.7A11.4F50.A7A3.8047.2707.AAAA.11CD

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

| | |
|---------------|--------|
| Energia: | 151,71 |
| Distribuição: | 66,44 |
| Transmissão: | 0,00 |
| Encargos: | 8,59 |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

| DIC | Mensal | Trimestral | Anual |
|-----------|--------|------------|-------|
| Límite | 8,85 | 17,70 | 35,40 |
| Realizado | 5,17 | | |
| FIC | Mensal | Trimestral | Anual |
| | 8,46 | 16,02 | 33,84 |



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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

| | | |
|-------------------------|-------------------------|---|
| CÓDIGO ÚNICO 1089170 | MÊS 05/2020 | PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20 |
| CONSUMO (kWh) 653 | VENCIMENTO 11-JUN-20 | TOTAL A PAGAR R\$ 554,71 |

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 1089170 | MÊS 05/2020 | TOTAL A PAGAR R\$ 554,71 |
|-------------------------|----------------|-----------------------------|

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

RELACÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC

CAT/MAB
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

PLASTIFICAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

51096

JUSCELINO KUBITSCHEK PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

750009.000000001081.917005200055



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

AC (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 Glair Imácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Roberto Araujo Raich inscrito (a) no CPF sob o Nº 467.814.472 20

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Roberto Araujo Raich

inscrito (a) no CPF sob o Nº 467.814.472 / 20 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

| | | |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| Endereço: <u>Rua: Antônio P. Galvão</u> | Número: <u>1832</u> | Complemento: _____ |
| Bairro: <u>Boa Vista</u> | Cidade: <u>Boa Vista</u> | Estado: <u>RR</u> |
| E-mail: <u>ILDIRRR@HOTMAIL.COM</u> | CEP: <u>69.309-209</u> | Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u> |

Local e Data: Boa Vista - RR, 21/07/2020

Assinatura do Declarante

D



67.5 W

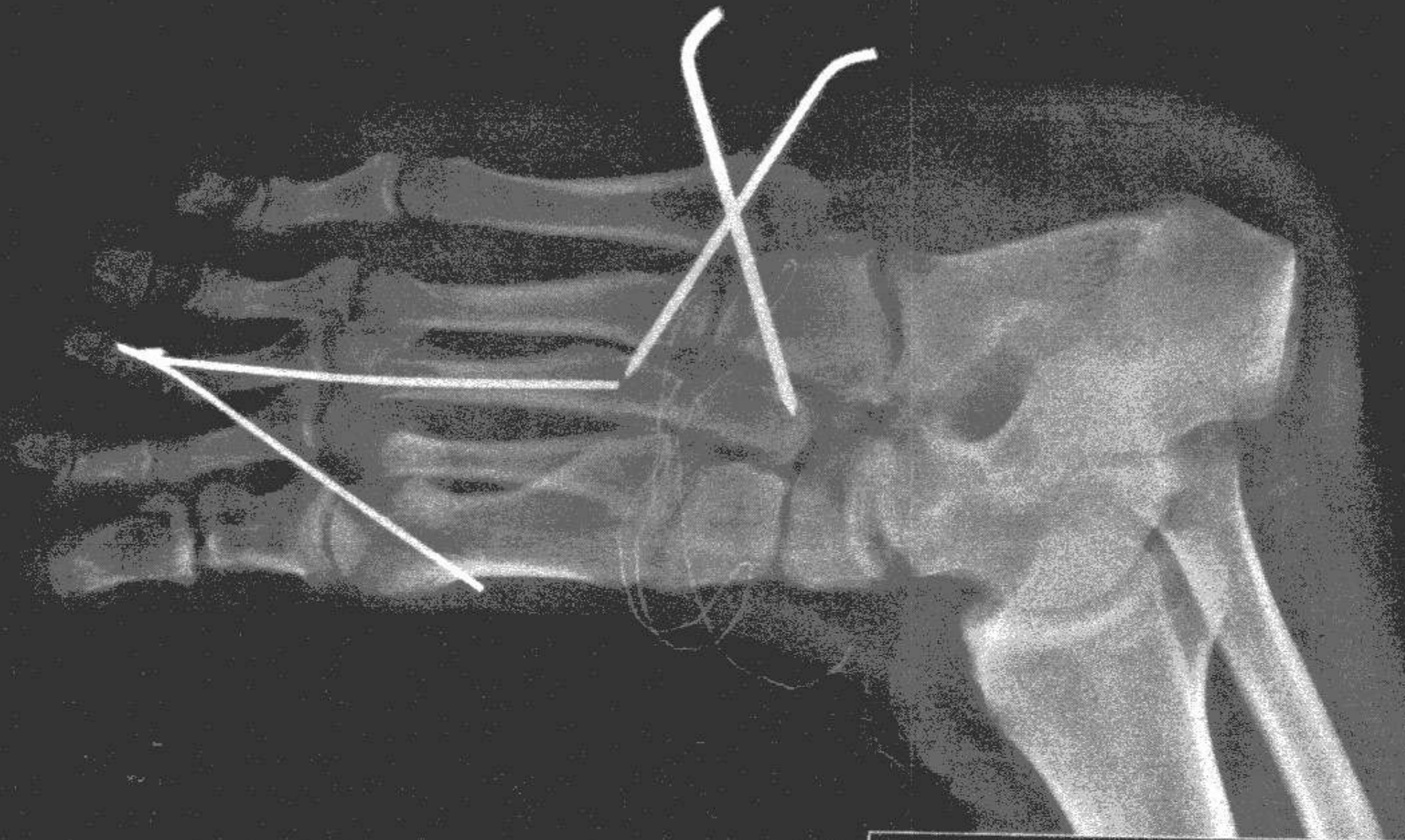
JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL 4467

HOSPITAL CORONEL MOTA



31/07/2020

Ana Quezia



LOTTE IRIS PAIOS-X
JOSE ROBERTO ARAUJO R Data: 09/06/2020 8:45
Reg: PAIVA P: 73491 ID: 044 Sex: M



D



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: **JOSÉ ROBERTO ARAÚJO RAIOL** 44 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: **08/06/2020**, COM
DIAGNÓSTICO DE **FX MULTIPLA DE MTT D + LUX DE LISFRANC** E NO DIA
08/06/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSÍNTESE + REDUÇÃO SENDO
OPERADO PELO DOUTOR **DR LEONARDO** E P/ DR **DR VITOR PARACAT**
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA **09/06/2020** ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM **01 (UMA)** SEMANAS, COM O
DOUTOR **DR LEONARDO**.

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 RAO X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR. ILDÊNISON

terça-feira, 9 de junho de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Dr. Lael do Santos da Silva
Ortopedia e Traumatologia



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

1ª Classificação

Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

2001242400

15/05/2020 17:50:16

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

8

Paciente

JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

Data Nascimento

14/04/1976

Idade

44 A 1 M 1 D

CNS

CPF

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDENTIDADE

M

PARDA

BOA VISTA - RR

BRASILEIRA

Mãe

RAIMUNDA DE ARAUJO RAIOL

Pai

Contato

(95) 99137-9060

Endereço

Ocupação

RUA - CAUBI BRASIL DE MAGALHAES - 1332 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

AURELIANO.ALEXANDRE

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril☐ Sintomático Respiratório☐ Suspeita de Dengue

Colisão com muro

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Paciente sofreu acidente de moto com colisão com muro, apresentando dor no local de impacto, sem perda de consciência, sem ferimentos visíveis.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Trauma de MTD

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Dipirona 0,5g IV
Tornadol 20mg IV

18/30

Dr. Arnaldo J. H. Pérez
CRM/1554RR / RQE: 176
Cirurgia Geral

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☐ Transferência para: _____☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____:____:____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: aureliano.alexandre

Data Hora: 15/05/2020 17:51:51

SOTEC - Solução em Tecnologia



2001242400

Paciente vítima de acidente de moto, apresentando dor em pé ②.

Rx el evidê de fratura proximal de 5º MTT ②.

AO exame: dor e edema em pé ②, s/ sinais de lesão neuromuscular. Lesão contusa em região posterior do pé ② e lesões.

CD: - CURATIVO + RELEITA

- TALA-BOTA

- ALTA. Retorno ao ambulatório

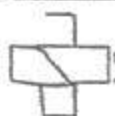
Dr. Lael dos Santos da Silva
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015

NR

Trans: 08/06/2020

Anexo I

NIR



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HGR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HGR

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jon Roberto Zol

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

180362

7 - C.T.A. NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704207788578083

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/04/1976

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Raimunda ou Anaugo Raio

11 - TELEFONE DE CONTATO

915 9911379060

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Cambi Brasil ou Angolhas 1332 Senador Heio Compa

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BO

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

140000

15 - UF

RR 6931518

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fx. lx. is. froue
+ Fx. múltiplas MTT

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Do ar

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

2x a ausc. ures e ex. froue

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx. is. froue + Fx. múltiplas MTT

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Do ar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Leonardo

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/06/20

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

Dr. Leonardo Roberto
Odontologia e Traumatologia
CRM/RR 17151-ROE 814

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

8/6/20

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

0408050467
5927



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 08/08/70

O.S. _____

José Roberto Abid.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fr. Lx lisfranc e Fr. 32 e 4- MT

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: AO art. fr. Lx lisfranc e múltiplos MT

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Leonardo

2º AUXILIAR: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESISTAS: Dr. Ubirajara

INÍCIO: _____

1º AUXILIAR: Dr. Vitor Bonow

INSTRUMENTADORA: _____

ANESTESIA: _____

ANESTÉSICO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDH sob plano anteroposterior
- 2) Assupção - Antissupção
- 3) Redução imediata - fixação de 5- MT no art. de lisfranc e 2 fixos K no
- 4) Aorta dorsal em pt - divulsões por planos e fixação de 2 e 3- MT e 2 fixos K I.S.
- 5) Revisão radiológica +
- 6) Sutura
- 7) Curativo
- 8) LPA



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

1ª Classificação/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

200124856008/06/2020 07:59:59FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIADIURNO 07-191

Paciente

JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

Data Nascimento

14/04/1976

Idade

44 A 1 M 24 D

CNS

CPF

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

BOA VISTA - RR

Nacionalidade

BRASILEIRA

IDENTIDADE

Mãe

RAIMUNDA DE ARAUJO RAIOL

Contato

(95) 99137-9060

Ocupação

Endereço

RUA - CAUBI BRASIL DE MAGALHAES - 1332 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

OUTROS

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

ADAO

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Fr 2.3x H= MTT + Lis fovea

AO GT - supor para CC

Exame Físico

Dr. Leonardo Rabelo

Ortopedia e Traumatologia

CRM RR 1715 / RQE 814

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO - X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

☐ 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

Impresso por: adao

Data Hora: 08/06/2020 08:02:17

2001248560



200124856



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

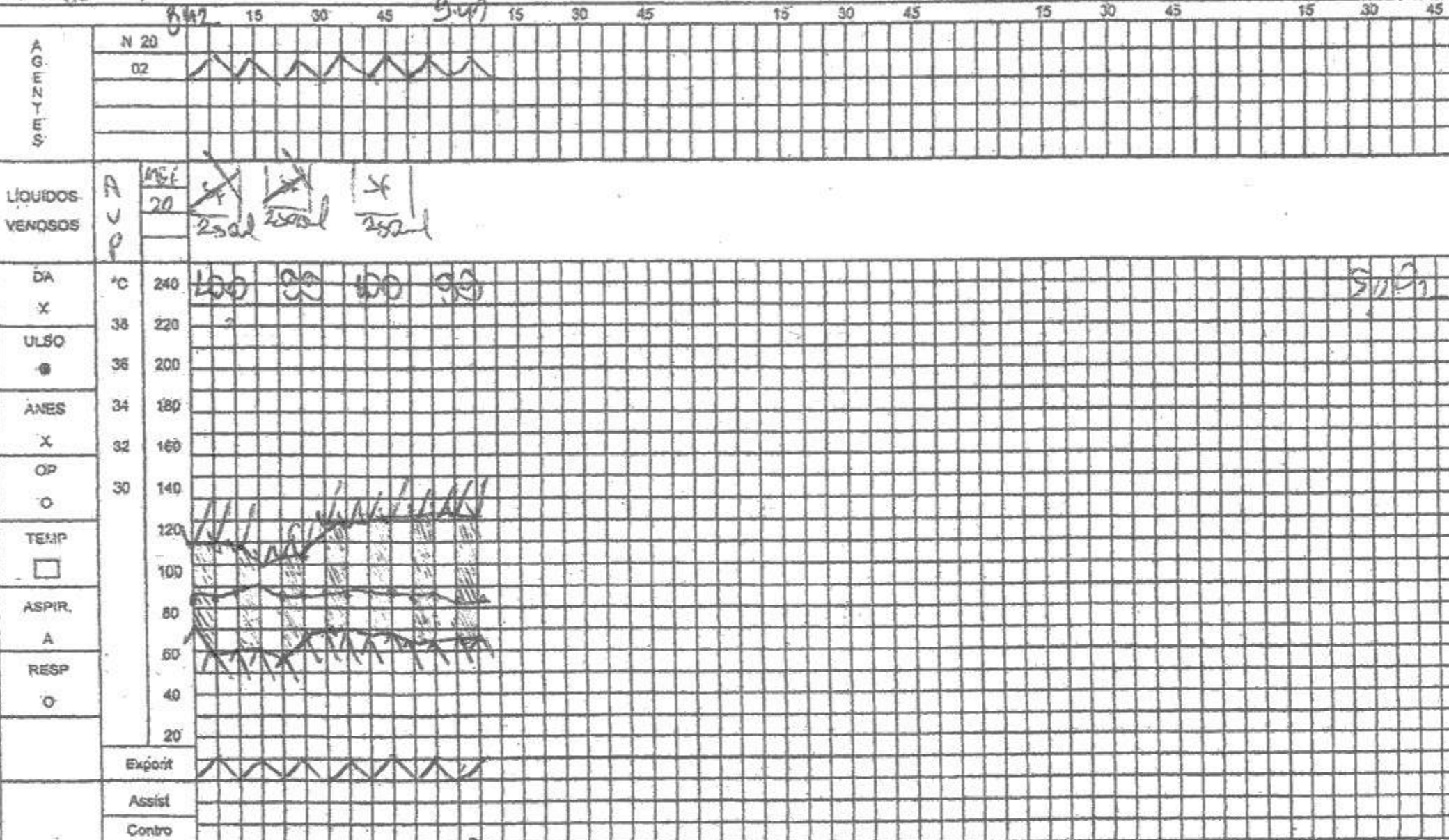
JOSE ROBERTO ARAUJO RAUOL

44. 28/06/2020

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

NÃO HOUVE



SÍMBOLOS

| | | | |
|----------------------|----------|-------------------------------|-----------------------------|
| AGENTES | DOSES | TÉCNICA | ANOTAÇÕES |
| A Fentanil | 100mcg | RAUOLAN ESTESIA PARAMEDI | Check LIST ANEST. OK |
| B Midazolam | 5mg | ANA @ LARGA SIMPLES | MONITOR: SpO2, FC, PA, ECG. |
| C Bupivacaina | 15mg | TECNICA ASÉPTICA Lg | ① AUP ② CN D2 20/min |
| D | | 11 Agulha 27G de Quinck | ③ Soro + fentanil 100mcg |
| E | | Ventilador espontâneo | Midazolam 5mg |
| F | | | ④ O racema Lg ev. |
| G | | | ⑤ RAUOL - BUPIVACAÍNA 15mg |
| GLICOSE | LIQUIDOS | Cânula - Naso / Oro Faríngea | HEPARINA |
| NDCD | | Naso / Orotraqueal - Cega | |
| SANGUE | | Bal - Tamp - Calibre do Tubo | |
| | | Sob Máscara | |
| | | Dificuldade Técnica NÃO HOUVE | |
| SP O2 | 97% | TEMPO DE ANESTESIA | |
| TOTAL | | 8:40 - 9:50h. (1:10h) | |
| OPERAÇÃO | | | |
| Lutase de PE ① | | | |
| ANESTESIA | CÓDIGO | CIRURGIÃO | PERDA SANGÜÍNEA |
| Dr Ubirajara + RAUOL | | Dr. Vitor Paracat | COMPATÍVEL |

BRUNO TAVARES
MÉDICO
CRM-RJ 10000



RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 2.6.20
PACIENTE: Roberto A. Reid DN: 144.76
DIAGNÓSTICOS: fratura exposta

(1142)

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: _____

2- PACIENTE: ☒ ACAMADO ☐ DEAMBULA ☐ O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: ☒ VIA ORAL ☐ SNE ☐ OUTRA _____

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? ☐ SIM ☐ NÃO
☐ AGUARDANDO _____

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? ☐ SIM ☐ NÃO
☐ AGUARDANDO _____

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? ☐ SIM ☐ NÃO
☐ AGUARDANDO _____

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? ☐ SIM ☐ NÃO
☐ AGUARDANDO _____

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: ____:____
PA: ____ FC: ____ TEMPERATURA: ____ SATO2: ____

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:
Ceftriaxona + Salbutamol

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:
Paciente operado dia 2/6/20

Boa Vista, 8 de junho de 2020 Hora: _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.
Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.
CRM: _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:
☒ HC ☐ HLI ☐ HMI ☐ OUTRO _____
CRM: _____

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964



Data: 08/05/2020

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

| DADOS PRÉ-OPERATÓRIO | | | | INTRA-OPERATÓRIO | | | | SRPA | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|------------------------------------|---------------------|--------------------|---------------------|----------------------|-----------|-------------|---------------|---|----|----|------|----------|----------|
| Cirurgia Proposta: | | | | Entrada na Sala | Início da Anestesia | Início da Cirurgia | Término da Cirurgia | Término da Anestesia | Anestesia | Cirurgia | Sinais Vitais | | | | | | |
| Informações: Jejum () Sim () Não Prótese () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade () Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim () Não Qual: _____ Reserva de Hemoderivado: _____ () Sim () Não Outros: _____ | | | | 08: 10 | 08: 12 | 08: 10 | 08: 40 | 09: 45 | Regional | Localização | Horário | T | FC | PA | SPO2 | ALDRE-TE | DOR 0/10 |
| Cirurgia Realizada | | | | Anestesia | | | | Posicionamento | | | | | | | | | |
| Obtenção de acesso de acesso | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hidratação Infundida | | | | Antibióticoterapia | | | | Hemoderivados | | | | | | | | | |
| SF 0,9%: 450ml | | | | Nome: <u>Amelina</u> | | | | CH: | | | | | | | | | |
| SG 5%: / | | | | Dose: <u>1g</u> | | | | Plasma: | | | | | | | | | |
| Outros: / | | | | Hora: <u>08:00</u> | | | | Plaquetas: | | | | | | | | | |
| N° de Compressas oferecidas: <u>09</u> | | | | Anátomo Patológico: <u>(X) Não</u> | | | | | | | | | | | | | |
| N° de Compressas recolhidas: <u>09</u> | | | | N° Peças: <u>() Sim</u> | | | | | | | | | | | | | |
| Exames na SO: | | | | N° Peças: <u>() Cultura</u> | | | | | | | | | | | | | |
| () Ht () Hb () Hemograma (X) RX | | | | () Outros: _____ | | | | | | | | | | | | | |
| () Gasometria () Outros: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Legenda: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Eletrodos | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Oxímetro | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Manguito PA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Placa de Bisturi | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Incisão | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Cateter O2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Venoclise | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Dreno | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. SNG/SNE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Garrote 09: 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. TOT (X) Não () Sim N° _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. SVD (X) Não () Sim N° _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Outros: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sinais Vitais: Saída da SO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T _____ °C | | | | R _____ rpm | | | | FC _____ bpm | | | | | | | | | |
| PA _____ mmHg | | | | SAT _____ % | | | | | | | | | | | | | |
| () Regular () Irregular | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Destino: (X) SRPA () UTI () outros: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Anotações (Admissão do Paciente): | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Admissão para cirurgia ortopédica de emergência | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nova cateterização | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vias de acesso | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sinalização adequada | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nos últimos 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dias | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Anotações (Evolução/Alta do Paciente) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O SVD, Pac. submetido ao SVD para R.T. No momento não intercorrências. | | | | | | | | | | | | | | | | | |



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

| | | | | | |
|--|-----------------------------|--|------------------------------|--------------------------------------|----------------|
| NOME DO PACIENTE | | Idade: 44 | APT° OU LEITO | N° DO PRONTUÁRIO | DATA |
| Jone Roberto Araújo Raia | | | | | 03 / 06 / 2020 |
| CIRURGIA | | | | | |
| TIPO | | | TEMPO DE DURAÇÃO | | |
| Autoclavagem em 25 (25) | | | INÍCIO | FIM | TEMPO TOTAL |
| | | | 09.10 | 09.40 | |
| EQUIPE MÉDICA | | | | | |
| CIRURGIÃO | | ANESTESISTA | | | |
| Dr. Leonardo / Dr. Vitor Paracet | | Dr. (R3) Bruno H. D'ARCOZ | | | |
| 1° AUXILIAR | | INSTRUMENTADOR | | | |
| Dr. (R3) Marcos | | | | | |
| 2° AUXILIAR | | CIRCULANTE | | | |
| Dr. (R2) Augusto | | Zedony / Orlando | | | |
| TIPO DE ANESTESIA | | TEMPO DE DURAÇÃO | | | |
| Raquia | | | | | |
| QUANT. | MATERIAIS | VALOR | QUANTID. | MEDICAMENTOS | VALOR |
| | CATGUT SIMPLES N° | | | HORAS DE OXIGÊNIO | |
| | CATGUT SIMPLES N° | | | FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc 250ml | |
| | 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 | |
| 1 | MONONYLON COM AGULHA N. 1.0 | | | ÉTER | |
| | MONONYLON SEM AGULHA | | | ATROPINA | |
| | UNIDADES DE GAZE | | | PROSTGMINE | |
| | PÁRES DE LUVAS N° 8.5 | | | THIONEMBUTA | |
| | EQUIPOS PARA SORO | | | MARCAÍNA | |
| | ROLOS DE ESPARADRAPO | | 7 | INOVAL seringa 10ml | |
| | DRENOS N° | | | GLICOSE % | |
| | SONDAS N° | | | ÁGUA OXIGENADA | |
| 1 | AGULHAS pl Raquia | | | MERTHIOLATE | |
| 11 | COMPRESSAS 7x7 el 3000 | | 7 | MERCÚRIO CROMO Algodão ortopédico | |
| 7 | LÂMINAS PARA BISTURI N. 15 | | 100ml | Aicel 2 40% | |
| 7 | Atadura Crepom | | 7 | Escuri pl degermiação | |
| SOMA | | | | SOMA | |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS | | | DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE | | VALOR |
| INSTRUMENTADOR(A) | | ENFERMEIRA CHEFE | | MATERIAL | |
| | | Juelma | | MEDICAMENTOS | |
| | | | | SUB-TOTAL | |
| FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS | | FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO | | TAXA DE SALA | |
| | | | | TAXA DE ANESTESIA | |
| | | | | SOMA | |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE | | | | | |



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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

| | | |
|-------------------------|-------------------------|---|
| CÓDIGO ÚNICO 1089170 | MÊS 05/2020 | PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20 |
| CONSUMO (kWh) 653 | VENCIMENTO 11-JUN-20 | TOTAL A PAGAR R\$ 554,71 |

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 1089170 | MÊS 05/2020 | TOTAL A PAGAR R\$ 554,71 |
|-------------------------|----------------|-----------------------------|

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

RELACÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC

CAT/MAB
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

PLASTIFICAR

51096

750009.000000001081.917005200055





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
CARTERA NACIONAL DE HABITACAO

NOME: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL
DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR: 2689636 SSP PA
DATA DO DOCUMENTO: 14/04/1976
CPF: 467.814.472-20

FILIAÇÃO: RAIMUNDO MARTINS RAIOL
RAIMUNDA DIAS DE ARAUJO

PERMISSÃO: ACC
CATAR: AB

VALIDADE: 25/07/2022
1ª INSISTÊNCIA: 17/06/2002

Nº REGISTRO: 02422833701

OBSERVAÇÕES:

LOCAL: BOA VISTA, RR
ASSINATURA DO PORTADOR: *Jose Roberto Araujo Raiol*
DATA DE EMISSÃO: 27/07/2017
56695015007
RR209326913

ASSINAT: FRANCISCO BEERBA MARQUES
DIR. TOR PRESIDENTE INTERINO
DETTRAN-RR

ASSINAT: RA DO EMISSOR
RORAIMA

1477121389
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR
1477121389

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200302726 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL **Data do acidente:** 15/05/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º AO 4º METATARSOS DO PÉ DIREITO (LISFRANC)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P3 P7 P8 P12)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM P2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200302726 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL **Data do acidente:** 15/05/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º AO 4º METATARSOS DO PÉ DIREITO (LISFRANC)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P3 P7 P8 P12)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM P2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Jose Roberto Araujo Raiol

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Açougueiro

IDENTIDADE: 2689636 SSP/PA

ENDEREÇO: Rua. Caubi Brasil Magalhães, 1332 Q 382-SHC.

OUTORGADO

NOME: Elvir Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 134.807 SSP/RR

ENDEREÇO: Rua. Antônio Pinheiro Galvão, 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 15/05/2020 cobertura Inválidez, vítima:

Jose Roberto Araujo Raiol

Jose Roberto Araujo Raiol

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 20 DE Agosto /2020.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237487/20

Vítima: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

CPF: 467.814.472-20

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 15/05/2020

Titular do CPF: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL : 467.814.472-20

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: 24/08/2020
Nome: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL
CPF: 467.814.472-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

MANOEL COELHO NETO