

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

Rio de Janeiro, 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:

467.834.472-20

4 - Nome completo da vítima:

José Roberto Souza Laiol

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

5 - Nome completo:

José Roberto Souza Laiol

6 - CPF:

467.834.472-20

7 - Profissão:

Desenvolvedor

8 - Endereço:

Rua Brasil Magalhães 2382

9 - Número:

5332

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Senador H C

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69316-538

16 - Tel.(DDD):

(85) 98707-5368

15 - E-mail:

flavrre@hotmail.com

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: 3097

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

29 - Se tinha filhos, informar

 Não

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

 Sim

 Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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 20/10/2020

10º aniversário da Líder



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



RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0059933-6

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	Ligaçāo	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							

DESCRICAĀO DA CONTA

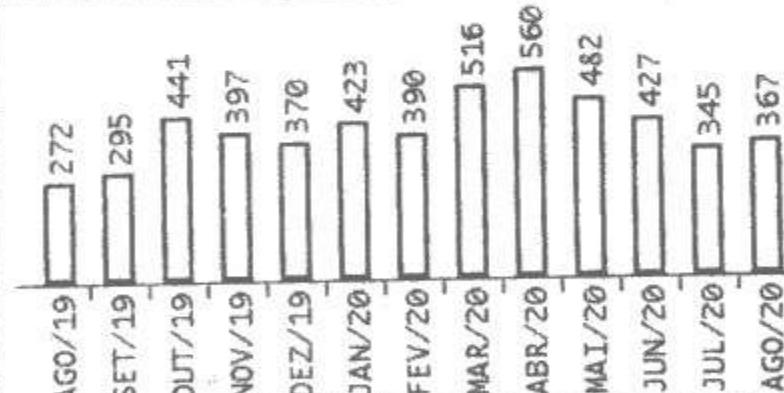
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA	367 A R\$ 0,786015 = 288,46
	27,00

OUTRAS INFORMAĀOES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
367 - 0,617770

Média 12 meses: 409

HISTÓRICO DE MEDICAĀO



**MENSAGENS
IMPORTANTES**
**REAVISO DE
VENCIMENTO**



LIGUE 08007019129 E FAÇA OPĀO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabens! Até o dia 12/08/2020, não constatamos
faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

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

COMPOSIĀĀO DA CONTA - R\$

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,85	17,70	35,40
Realizado	5,17		
FIC	Mensal	Trimestral	Anual
	8,46	16,92	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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	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	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089170	05/2020	R\$ 554,71



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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL 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 Flávia Inácia de Souza,

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

Jose Roberto Araujo Rael inscrito (a) no CPF sob o Nº 467.814.472-20,

do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Jose Roberto Araujo Rael,

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

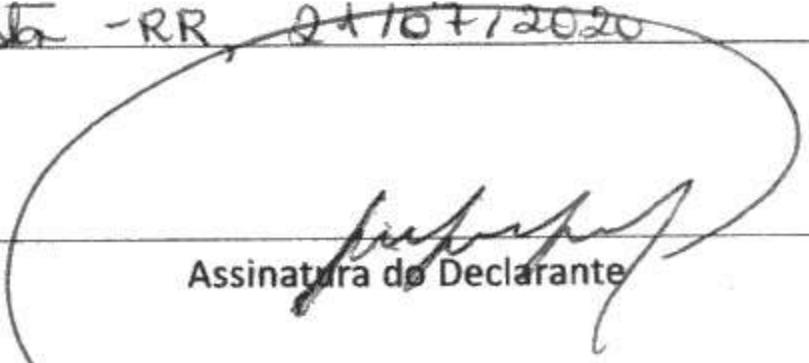
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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>Buritis</u>	Cidade:	<u>Bonito</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:
E-mail:	<u>INOERRRA@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD):	<u>(95) 98404-5368</u>	

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


Assinatura do Declarante



31/07/2020

Ana Quezada



375%

4467

JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

HOSPITAL CORONEL MOTA

D

LOTTI IRIS RAIOS-X
JOSE MORETTO ARMANDO R DSCA: 09/06/2020 0:45
TAG: RAIJA PI: 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 RAIO X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.**

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR. ILDENSE

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

ão Reclassificação _____:
_____ Vermelho
_____ Laranja
_____ Amarelo
_____ Verde
_____ Azul Ass.:

Reclassificação _____:
____ Vermelho
____ Laranja
____ Amarelo
____ Verde
____ Azul Ass.:

Reclassificação _____

Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



ORTOPEDIA

DR. L. L. S.

PCTO VÍTIMA DE ACCIDENTE DE TRÂNSITO, REFERINDO DOR EM PÉ (D).

RELEVANTE DE FRACTURA PROXIMAL DO SE METATÓFICO.

AO EXAME: DOR E EDEMA EM PÉ (D), 37 SINAIS DE LESÃO NEUROVASCULAR. LESÃO CONCORTADA EM REGIÃO POSTERIOR DO PÉ (D) E DISLOCADA.

CD: - SURAGIVO + RELENTA

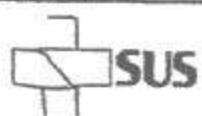
- TALA-BORA

- ATÉA - dor no tornozelo

Dr. Lael de Mello da Silva
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015

NIR

Data: 08/06/2020


 Sistema Único de Saúde
 Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HGR

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Roberto L. ol

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

180362

7 - CÓD. NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704207788578083

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/06/1976

9 - SEXO

Masc. Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Raimunda da Cunha Raim

11 - FONE DE CONTATO
915 9911379060
N.º DO FONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

R. Taubí Brasil, n.º 1332, Senador Teófilo Otoni

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

140000

15 - UF

2669316518

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fx. xir fluve

+ fx. múltiplas MT

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 AV. Br. Eduardo Gomes, S/N
 NOVA RIBAMBA Tel (65) 3121-0620
 AUTORIZAÇÃO
05/06/2020
Autórice

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tx. a.

 Declaro e Declaro que a presente
 é o original e falso Reprodução Original
 que foi apresentada neste Hospital

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

2x + oncose + ex fecas

Fx. lishoer + fx. múltiplas MT

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tx. crv

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Silviano

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/06/20

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

 Dr. Leonardo Roberto
 Ortopedia e Traumatologia
 CRMAR 1715 - ROE 8100 CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() APOSENTADO () NÃO SEGURADO

() APOSENTADO () NÃO SEGURADO</div



BOLETIM OPERATÓRIO

José Roberto abid.

Data: 08/08/20 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fr. le lisfranc Rx. 32x40mm

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Dto cor jo e lisfranc + multíplos MTT

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGÃO: Dr. Henrique

2º AUXILIAR: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESISTAS: Dr. Ubirajara / Dr. Vitor Borowt

INÍCIO: _____

FIM: _____

1º AUXILIAR: Dr. Vitor Borowt

INSTRUMENTADORA: _____

ANESTESIA: _____

ANESTÉSICO: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Paciente em DDA sob placa osteosíntese

2) Aspirado - Antissepsia

3) Redutor incremento - fixação da 5ª MTT no art. da lisfranc e/2 fios K 2.0

4) Acessos dorso P em pé - divulsos por placos e fixos da 2 e 3ª urt e/2 fios K 1.5.

5) Revisão radiográfica +

6) Sutura

7) Curativo

8) RPA

Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

<div[](https://i.imgur.com/3Q1GZ.png)

Reclassificação _____:
____ Vermelho
____ Laranja
____ Amarelo
____ Verde
____ Azul Ass.:

Reclassificação _____ : _____
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:



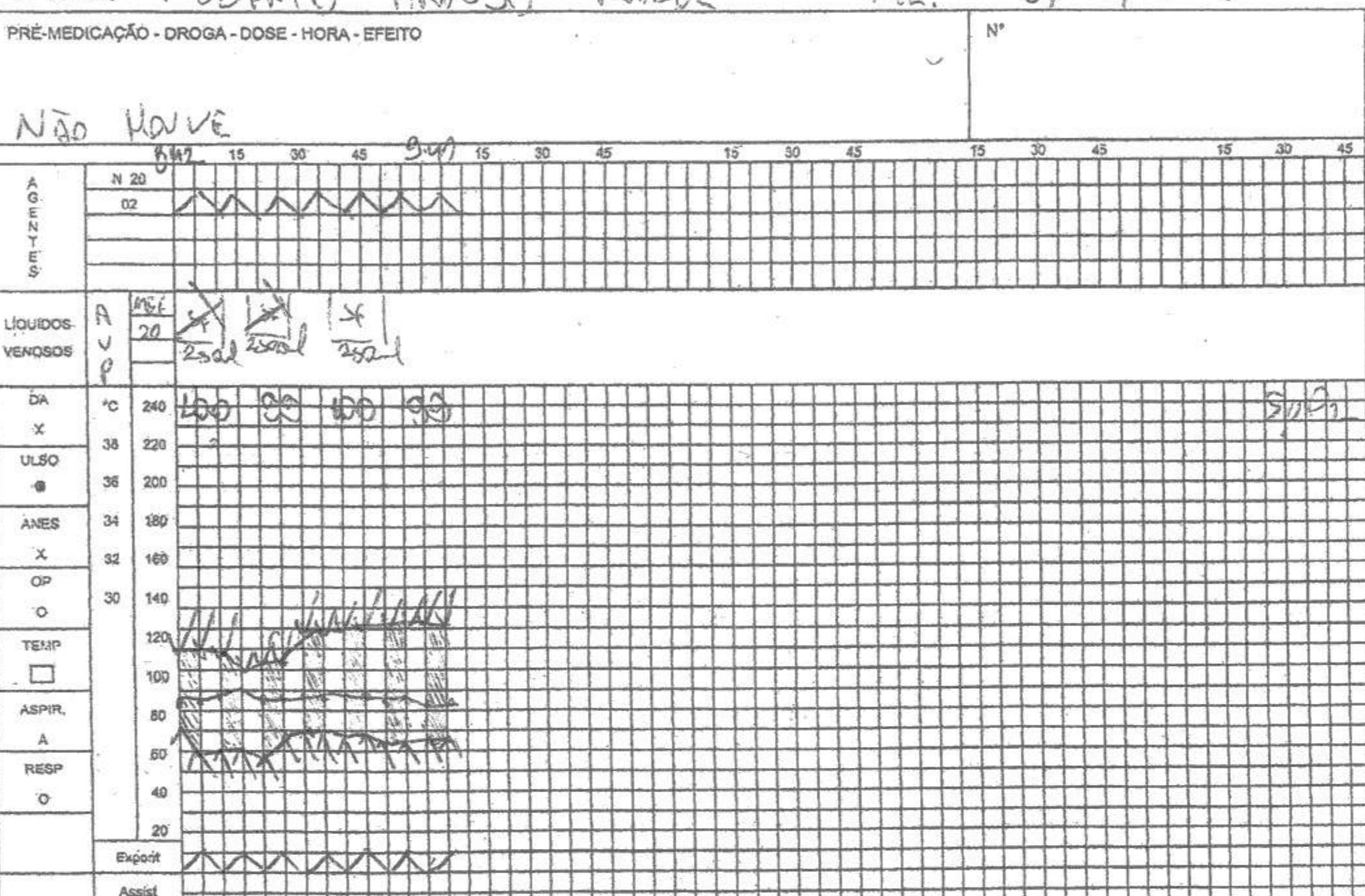
José Roberto Araújo RAISOL

44. 28/06/2020

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

NÃO move



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Fentanyl	100mcg	RODARIN 677512 para medir	X - CHECK LIST ANEST. OK
B Midazolam	5mg	ANA ④ Lengar Símpaty	MONITOR: SpO ₂ , FC, PANZ, TCG.
C Bupivacaina	15mg	✓ THENIN ASÉPTICA 673	① AUP ② CN D ₂ 20min
D		✓ Agulha 27G de Quinch	③ Scopón + fentanyl 100mcg
E		Venflon de expectânea	Midazolam 5mg
F			
G			
GLICOSE	LIQUIDOS	Cámla - Nose / Oro Faringeo	④ O racional 1g ev.
NDCO		Naso / Orotáquico - Cega	⑤ RACUT - BUPIVACAINA
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tuba	Hipotensiva 15mg
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica: Não move	⑥ ⑦ PINNA 0,5g ev
			⑧ Ivermectina 400g ev
5% 0,9% 750		TEMPO DE ANESTESIA	⑨ FETAL 0,5g RPD
TOTAL		3:40 - 9:50h (6:10h)	
OPERAÇÃO			
Luxação dt pé ①			
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGÃO	PERDA SANGUÍNEA
Dr Ubirajara + Rn Bruno		Dr. Vitor Paracat	COMPARTIMENTAL

Brasília 2020
MÉDICO
CRM-FR 1026



RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 26/10/2010 Foderka A.R. Sid DN: 14416
PACIENTE: John Foderka A.R. Sid
DIAGNÓSTICOS: Fractura clavicular D

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:

Colchonete + Sônambulos

10- EVOLUÇÃO CLINICA:

Paciente evoluiu de 3/6/2010

Boa Vista, 8 de Junho de 2010 Hora: _____

CRM _____

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

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 _____



NOME DO PACIENTE		S0201 494	APT° OU LEITO	N° DO PRONTUÁRIO	DATA	
Jane Roberto Freijo Raed					03 / 06 / 2020	
CIRURGIA						
TIPO				TEMPO DE DURAÇÃO		
Interventio em Ré (D)				INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
09.10	09.40	00:30				
EQUIPE MÉDICA						
CIRURGIÃO	Dr. Leonardo, Dr. Vitor Paracot		ANESTESISTA	Dr. (R) Zulma M. Darcz		
1º AUXILIAR	Dr. (R) Moncon		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR	Dr. (R) Augusto		CIRCULANTE	Regeny, Durval		
TIPO DE ANESTESIA	Lorazepam		TEMPO DE DURAÇÃO			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS		VALOR
	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÉNIO		
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250 ml		
	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. 2-0			ÉTER		
	MONONYLON SEM AGULHA			ATROPINA		
	UNIDADES DE GAZE			PROSTGMÍNE		
	PÁRES DE LUVAS N° 8,5			THIONEMBUTA		
	EQUIPOS PARA SORO			MARCAÍNA		
	ROLOS DE ESPARADRAPO			INOVAT 20ml		
	DRENOS N°			GLICOSE %		
	SONDAS N°			ÁGUA OXIGENADA		
1	AGULHAS p/ Requis			MERTHOLATE		
	COMPRESSAS p/ c/ fundo			MERCURIO BROMO Algodão Ortópédico		
	LÂMINAS PARA BISTURI N. 15			Álcool 70%		
7	Atadura Crepom			Escova p/ Desgermagem		
	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 MEDICAMENTOS			
	Suelma				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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	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	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089170	05/2020	R\$ 554,71





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: 26 89636 SSP/PA
ENDEREÇO: Rua. Caubi Brasil Magalhães, 1332 a 382-5 HC.

OUTORGADO

NOME: Elair Fracio de Souza
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: Autônomo
IDENTIDADE: 114.807 SSP/RR
ENDEREÇO: Rua. Antônio Linheiro Galvão, 1832, Beritiz

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 Invólucro, vítima: 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/05/2020

Titular do CPF: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

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