



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Jose Roberto Araujo Raiol
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: casado
Profissão: Advogado RG: 2689636 SSP/PA
CPF: 467.814.472-20 Endereço: Rua Lourenço Brasil Mogolhaes
Nº: 1332
Bairro: Senador H. Campos CEP: _____ - Município: Boa Vista/RR
Telefone: () _____ - E-mail: JoseRobertoRaiol@gmail.com

Pelo presente instrumento procuratório, nomeio e constituo, como meus procuradores, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, e **ANDRÉ CARLOS ISRAEL**, brasileiro, casado, advogado inscrita na OAB/RR sob o nº. 2045-N, ambos com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo substabelecer esta procuração com ou sem reserva de iguais poderes.

Boa Vista/RR, 15 de outubro de 2020.

Jose Roberto Araujo Raiol
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome completo: Jose Roberto Araujo Raiol
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: casado
Profissão: Acongueiro RG: 2689636 SSP/PA
CPF: 467.819.472-20 Endereço: Rua: Cobri Brasil Magoalhaes
Bairro: Senador H. Campos CEP: 58000-000 Município: Boa Vista / RR
Telefone: () - E-mail: Jose roberto raiol@gmail.com

Pelo presente documento, declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado hipossuficiente na forma da Lei, pleiteando, portanto, direito à Justiça Gratuita.

Boa Vista/RR, 15 de outubro de 2020.

Jose Roberto Araujo Raiol
Declarante

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Jose Roberto Araujo Raiol

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Açougueiro

IDENTIDADE: 26 89 636 SSP/PA

ENDEREÇO: Rua. Caubá, Brasil, Macapá, 1332 Q 382-5 HC

OUTORGADO

NOME: Ideir Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 134.807 SSP/RR

ENDEREÇO: Rua. Antônio Linhares 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 Involuções, vítima:

for Roberto Araujo Raiol

Jose Roberto Araujo Raiol

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 20 DE Agosto /2020.



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJT6K PUGH EWBM 8BNCD







RORAIMA ENERGIA S.A.
 Av Capitão Eno Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-64 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 348/13

Nº DA NOTA FISCAL 5790031 FCAM*
 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
 foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002

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

JOSÉ ROBERTO ARAUJO RATOL
 CPF: 00046781447220
 R. CAUBT 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

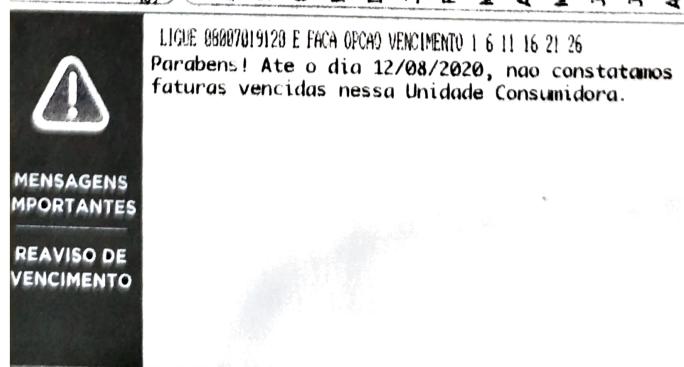
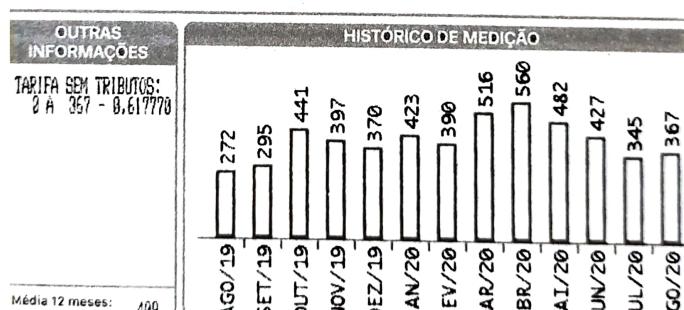
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligaçao	Número	Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	RIF	11EDB06877	NORMAL	CONVENC	

DADOS DA LEITURA (kWh)

	KWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	KWh FPONTA	INJETADO FPONTA	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 PÚBLICA			27,00



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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		INDICADORES DE CONTINUIDADE			
		DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Energia:	151,71				
Distribuição:	66,44		8,85	17,70	35,40
Transmissão:	0,00		Realizado 5,17		
Encargos:	8,59				
Perdas:					
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Base de Cálculo:	288,46		8,46	16,92	33,84
Realizado			5,00		
DMIC		Mensal	DICP	Mensal	



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
Logradouro: DOS IMIGRANTES
Bairro: ASA BRANCA
Referência:
Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local:

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

15/10/2020

... Guia de Atendimento 17 ...

Vicente

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		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL		14/04/1976	44 A 1 M 1 D			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	
IDENTIDADE				M	PARDA	Nacionalidade
Mãe					Pai	BOA VISTA - RR
RAIMUNDA DE ARAUJO RAIOL						BRASILEIRA
Endereço	Contato (95) 99137-9060					
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	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA			AURELIANO.ALEXANDR		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
<i>Cotidiano com - nenh</i>						
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<i>facil</i> <i>10:25</i> <i>pele</i> <i>bombom</i> <i>sofre</i> <i>dores</i> <i>pele</i> <i>pele</i> <i>pele</i> <i>pele</i> <i>pele</i> <i>pele</i> <i>pele</i> <i>pele</i>					
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica	<i>trauma de MFD</i>					
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIOL-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:					
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
<i>Dipirona</i> <i>06</i> <i>10</i> <i>10:30</i> <i>Tomar</i> <i>20mg</i> <i>ev</i> <i>10:30</i>						
<i>Dr. Amador J. H. Perez</i> <i>CRM 1654/RRA</i> <i>ROE: 176</i> <i>Cirurgia Geral</i>						
Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saida/Alta: <i>11/11/2020</i>					
Óbito						
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: aureliano.alexandre Data Hora: 15/05/2020 17:51:51			 2001242400			



DRPF

ORTOPEDIA

PCTE VÍTIMA DE ACCIDENTE DE MOTO, MENTIONANDO DOR

NO C/ EVISSE DE FRAQUEZAS PROPRIAS OU SE MTT (D).

AO EXAME: DOR E EDEMA EM PÉ (D), S/ SINAIS DE LESÃO NEUROVASCULAR. LESÃO CONCORTADA EM REGLA POSTERIOR DO PÉ ESQUERDO.

CD: - SURGALIVO + NEOTINTA

- TALA-BORNA

- ATGA - d/ noturno no anelatório

Dr. Lael da Silveira
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSAN ZDY8Z YP4V2XNK





LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Juci Roberta Araújo Ribeiro
Responsável Cirurgião _____

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- Identidade
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento
 Consentimento Sim Não

RISCO CIRÚRGICO

- Aplica Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- Sim Não Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXIMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
 Não Sim, Qual: Não

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- Não
 Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

- Não
 Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos Ro Serrano
Cham 83

Data 06/08/2020

Assinatura DR. Bruno
 Hora: 08:30h

ANTES DA INCISÃO

Anestesista DR (R) Bruno

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
 Sítio cirúrgico
 Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- Não se aplica
 Sim,
 Qual: oxacilina Hora: 08:30

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- Sim
 Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

- Sim Não

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

- Sim Não Não se Aplicam

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

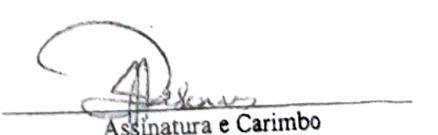
- Sim Não Não se Aplica

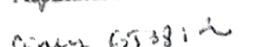
SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- Sim Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

- Sim Não Não se Aplica


 Assinatura e Carimbo


 Cirurg 08:30h

de cobertura: **DAVIS** _____

3 - CPF da vítima: **467**

COES CADASTRAIS

bento
re

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 "Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

José Roberto Araújo Raso 44. 08/06/2020

FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Não move

A G E N T E S	N 20 02	Suf												N*											
		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
LÍQUIDOS VENOSOS	A V P	100 20 250																							
DA X	°C	240	100	90	100	90	100	90	100	90	100	90	100	90	100	90	100	90	100	90	100				
ULSO	•	36	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20	0	0	0	0	0	0	0	0				
ANES	X	34	180	160	140	120	100	80	60	40	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
OP	O	30	140	120	100	80	60	40	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
TEMP	□	120	100	80	60	40	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
ASPIR.	A	54	100	80	60	40	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
RESP	O	20	100	80	60	40	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Export																									
Assist																									
Contro																									
SÍMBOLOS																									
A G E N T E S																									
DOSES																									
TÉCNICA																									
RADIANTE ANESTESIA PARA MOL																									
ANA (1) Langer Síndrome																									
ESTERILIA ASÉPTICA Lata																									
150g de Quink																									
Ventilação espontânea																									
MONITOR: SpO ₂ , FC, PAN 2, ECG.																									
DAVP (2) CN D ₂ 20/min																									
Scopos: Fentanil 100µg																									
Midazolam 5mg																									
Oxacina 1g iv.																									
RAST - Bufenotoina 15mg																									
Hipotensiva																									
DIPRIMA 0,5g iv																									
Terazi (m 40g tv																									
Laringo - Espasmo - Excesso Secre																									
Depressão Respiratória - Hipoxia																									
"Bucking" - Vômito																									
Hemorragia - Arritmia																									
Bradí Taquicardia - Choque																									
OPERAÇÃO																									
Laringo de PE (2)																									
ANESTESIA: Dr. Vitor Parati																									
CÓDIGO: Dr. Vitor Parati																									
CIRURGIA: Dr. Vitor Parati																									
PERDA SANGUÍNEA: COMPATÍVEL																									

Dr. Vitor Parati
 MEDICO
 CONSULTOR



PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: _____
Sexo: _____
Diagn. Pré-OP: _____
Ocr. Proposta: _____
Anest. Ant: _____
Alergia: _____
Alcool: _____
DROGAS: (Corticoide, fenotiazínicos, hipotensor, narcotrófico, hipotônico, digitálico, anticoagulante, diurético, antibiotic, sulfato, casopressor, IMAO, outros)
Estado Mental: _____
Pecocoço: _____
RX: _____
Fetos: _____
Hepatograma: _____
Outros: _____
Parecer Clínico: _____
PA _____ Pulso _____ Temperatura _____

Medicação Pró-An.	DOSE	VIA	HORA

Enf.: _____ Leito: _____ Serv.: _____
Classe: _____ Data: / / Hora: _____
Patol/Ásese: _____

Sangue Tipo: _____ Leuc: _____ Ht: _____ Hb: _____
Hm: _____ lo: _____ ls: _____ p. Leço: _____
r. Coag: _____ Pq: _____ Uréia: _____
creat: _____ Glico: _____ Na: _____ mEq/l _____
Cl: _____ mEq/lk: _____ mEq/l pH: _____ pO2: _____
pCO2: _____ BA: _____ BB: _____ BS: _____ BE: _____
URINA: d: _____ pH: _____ glic: _____ Alb: _____
Sedim: _____
Ap. gen. Uri: _____
AP. Resp: _____
AP. Circ: _____
AP. Digl: _____
S. Osteo - Art: _____
S. Nerv: _____
S. Endoc: _____

Est. Fis (ASA): _____ AN. Proposito: _____
NB: _____

Assinatura: _____

PÓS-ANESTÉSICOS

NA BALA DE RECUPERAÇÃO

Data: 08.10.2020

Hora: 10.20h

Pará de Lengkei/SP

alt/alt/alt

alt/alt/alt/alt

R. BRUNO ZEP
Câm 1923

Assinatura

NA ENFERMARIA

Data: _____

Hora: _____

Assinatura: _____

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 31/6/20 PACIENTE: Diego Lederke Pacholski DN: 14416
DIAGNÓSTICOS: nao informado

- 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 + Seringa de insulina

10- EVOLUÇÃO CLINICA:

Paciente offerto dia 30/6/20

Boa Vista, 8 de junho de 2020 Hora: _____

CRM _____ / _____

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1984

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 _____

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

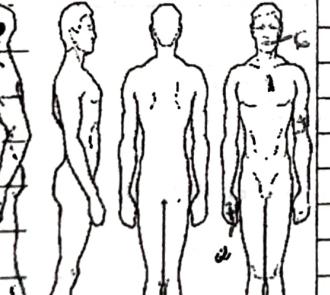
Nome: José Roberto Amorim Raia

Data de Nasc: 14 / 08 / 1926 Idade:

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Setor/Leito:

Data: 03/06/2020

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		INTRA-OPERATÓRIO					SRPA								
Cirurgia Proposta:	Entrada na Sala	Inicio da Anestesia	Inicio da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais							
1. Informações: Jejum () Sim () Não Prótese () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateraldade () Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim () Não Qual: _____ Reserva de Hemoderivado: () Sim () Não Outros: _____	08:20	08:32	09:30	09:40	09:45	Rogem	Rod. curvado da D-23°, MT ①	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRE- TE	DOR 0/10	
Cirurgia Realizada	Anestesia		Posicionamento			Localização		0'	36.4	90	112/74	99	8	0	
Obstétrico: Intervenção de bis frank 20	Rogem		D-0			1. Sonda	36.4	89	112/79	99	30	0			
Hidratação Infundida	Antibióticoterapia		Hemoderivados			2. Curativo	36.4	85	112/72	99	10	0			
SF 0,9%: 750ml	Nome: exequilino.		CH:			3. Dreno	36.4	79	119/77	99	10	0			
SG 5%:	Dose: 10g		Plasma:			4. Acesso venoso	36.4	79	119/77	99	10	0			
Outros: /	Hora: 09:00		Plaquetas:			5. Outros:	01:30 h								
Nº de Compressas oferecidas: 09	AnáATOMO Patológico:		Plaquetas:				2 h								
Nº de Compressas recolhidas: 09	() Não						Observações:								
Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma (x) RX () Gasometria () Outros: _____	() Sim						BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)								
	Nº Peças: 09						Entrada							Saída	
	() Cultura						Hora	Medição	CH	SNG/ Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros
	() 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	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente) <p>09:50. Pico de sudorese no inicio da PTO. No momento para intervenção.</p>														
Destino: (X) SRPA () UTI () outros: _____															



Enfermeiro (a): *Joséma A. Ribeiro*

Hora: 9:00 Data: 08/05/20

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO E CHECAGEM
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Queda Prevenir queda		<input checked="" type="checkbox"/> Manter grades elevada na RPA	<i>10 12</i>
<input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração		<input type="checkbox"/> Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutição na RPA	<i>10 12</i>
<input type="checkbox"/> Risco de Infecção Prevenir infecção evitável		<input type="checkbox"/> Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos <input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia)	
<input type="checkbox"/> Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido - básico		<input type="checkbox"/> Monitorar temperatura e comunicar alterações <input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)	
<input type="checkbox"/> Risco de Glicemia Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia		<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) <input type="checkbox"/> Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl	
<input checked="" type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele		<input checked="" type="checkbox"/> Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações <input checked="" type="checkbox"/> Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar alinhamento do corpo do paciente	<i>10 12</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade Física prejudicada		<input checked="" type="checkbox"/> Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração) <input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação conforme prescrição médica	<i>10 12</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Dor aguda Controle da dor e promover conforto		<input type="checkbox"/> Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar <input type="checkbox"/> Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica	<i>10 12</i>
<input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas		<input checked="" type="checkbox"/> Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas <input checked="" type="checkbox"/> Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição	<i>10 12</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas Controle / Ausência de náusea		<input checked="" type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	<i>10 12</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade Controle de ansiedade		<input type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	<i>10 12</i>
<input type="checkbox"/> Confusão Aguda / Crônica			
<input type="checkbox"/> Comunicação Verbal prejudicada		<input type="checkbox"/> Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório	

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Pac. admitido no SO 04-01. Reclama eructos na jard. Lux 20 30 min. ① + ao finalizar
intervenção eve. no SOR.

Responsável:

Carim 693814
Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019





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	
<i>Jane Roberto Freijo Rael</i>					03 / 06 / 2020	
CIRURGIA						
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO			
<i>Intervenção em pé (5)</i>			INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL	
			09.10	01.10		
EQUIPE MÉDICA						
CIRURGIÃO		ANESTESISTA				
<i>Dr. Leonardo, Dr. Vitor Paracat</i>		<i>Dr. (R) Bruno H. D'ARZ</i>				
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR				
<i>Dr. (R) Marcos</i>						
2º AUXILIAR		CIRCULANTE				
<i>Dr. (R) Augusto</i>		<i>Zéony - Prata</i>				
TIPO DE ANESTESIA						
TEMPO DE DURAÇÃO						
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS	VALOR	
	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÉNIO		
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCOS - SÓRIO FISIOLÓGICO %cc 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			INHALAL seringa 10 ml		
	DRENOS N°			GLICOSE %		
	SONDAS N°			ÁGUA OXIGENADA		
1	AGULHAS pl Ráquis			MERTHIOLATE		
	COMPRESSAS 7x7 cm 3UND			MERCUSULCRÔMO Algodão Antiseptico		
	LÂMINAS PARA BISTURI N. 15			Álcool 70%		
	Algodão Crepon		100 ml	Escova de degumação		
	SOMA			SOMA		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR	
		<i>Judine</i>				
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS		FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO	SUB-TOTAL			
			TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA			
			SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE						



HOSPITAL
LOTTY IRIS

HOSPITAL LOTTY IRIS

Nota de Alta

526

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

Idade: 44 anos 1

Data Nasc.: 14/04/1976

Sexo: MASCULINO

Leito: D26 - D26

Prontuário (SPP): 18571

Procedimento: 10102019 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)

Convênio: SUS

CID -

Unidade: BLOCO D

Internação: 08/06/2020 18:33 | Data Alta: 09/06/2020 09:20 | Permanência: 2 dias

ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DE FUNCIONALIDADE (AGF)

Pontuação:

Descrição:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO

FX EXPOSTA DE PÉ DIREITO

CONDIÇÕES DE HOSPITALIZAÇÃO

POS OPERATÓRIO DE FX MULTIPLA DE METATARSOS DIREITO

EXAMES E INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA

ANAMNESE + EX FÍSICO + RX

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

FX EXPOSTA DE PÉ DIREITO (MULTIPLA FX DE MTT E LX DE LISFRANC)

CONDIÇÕES DE ALTA

BOA EVOLUÇÃO POS OPERATÓRIA, COM CONTINUAÇÃO DE TRATAMENTO COM ANTIBIOTICOTERAPIA + CURATIVO DIÁRIO EM CASA E RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA

DIAGNÓSTICO NA ALTA

POS OP DE MÚLTIPLA FRATURA DE METATARSOS DIREITO

EVOLUÇÃO

BEG, LOTE, AAA, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO

F.O. LIMPA E SECA

RECOMENDAÇÕES APÓS A ALTA

CONTINUAÇÃO DE TRATAMENTO COM ANTIBIOTICOTERAPIA + CURATIVO DIÁRIO EM CASA E RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA

MOTIVO DE ALTA

ALTA MELHORADO

Recebido Em: ____ / ____ / ____

Dr. LAEL SILVA
CRM: 2015
Médico

Nº
Data: 08/10/2020

Anexo 1

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	2 - CNES	3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HGR	
Identificação do Paciente		5 - NOME DO PACIENTE Roberto L. V.	4 - CNES	6 - NÚM. PRONTUÁRIO 180362	
7 - ESTAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 104201188578083		8 - DATA DE NASCIMENTO 14/04/1976	9 - SEXO Mas. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3	11 - TELEFONE DE CONTATO 95 991379060	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Raimunda da Cunha Rael		12 - ENDEREÇO (RUA, N.º BAIRRO) R. Cumbi Brasil nro. 1332 bairro Centro bairro	13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BO	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 140000 15 - UF 16 - CEP 69134-6518	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Fx ix lá fluve + Fx múltiplas MTF					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO ATO ac 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Fx lá fluve + Fx múltiplas MTF					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fx lá fluve + Fx múltiplas MTF		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ATO CER					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO () CNS () CPF	29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Leonardo Roberto	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 08/10/2020	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Leonardo Roberto CRO/RR 17154/02	33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	37 - N.º 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 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 08/10/2020	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0408050467 5927



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

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

José Roberto abid.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fr. lisfranc Rx 32, 24 e 25
INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Do cor jo & lisfranc + mltiplos MTT
TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGÃO: Dr. Henrique 1º AUXILIAR: Dr. Vitor Barros
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: Dr. Uirym 2º ANESTÉSICO: _____
Dr. Roberto Roberto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/R 1715 / PDE 844
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDIT sob plumbos ouestescos
- 2) Assosco - Antissosco
- 3) Realizou incisão - fixação de 5: MTT no ext. da lisfranc e/ 2 fios K 20
- 4) Acessa dorsoP em pé - divulsos por plumbos e fixações de 2 e 3: MTT e/ 2 fios K 1,5.
- 5) Revisa radiologicos
- 6) Suturas
- 7) Curativo
- 8) RIA





JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

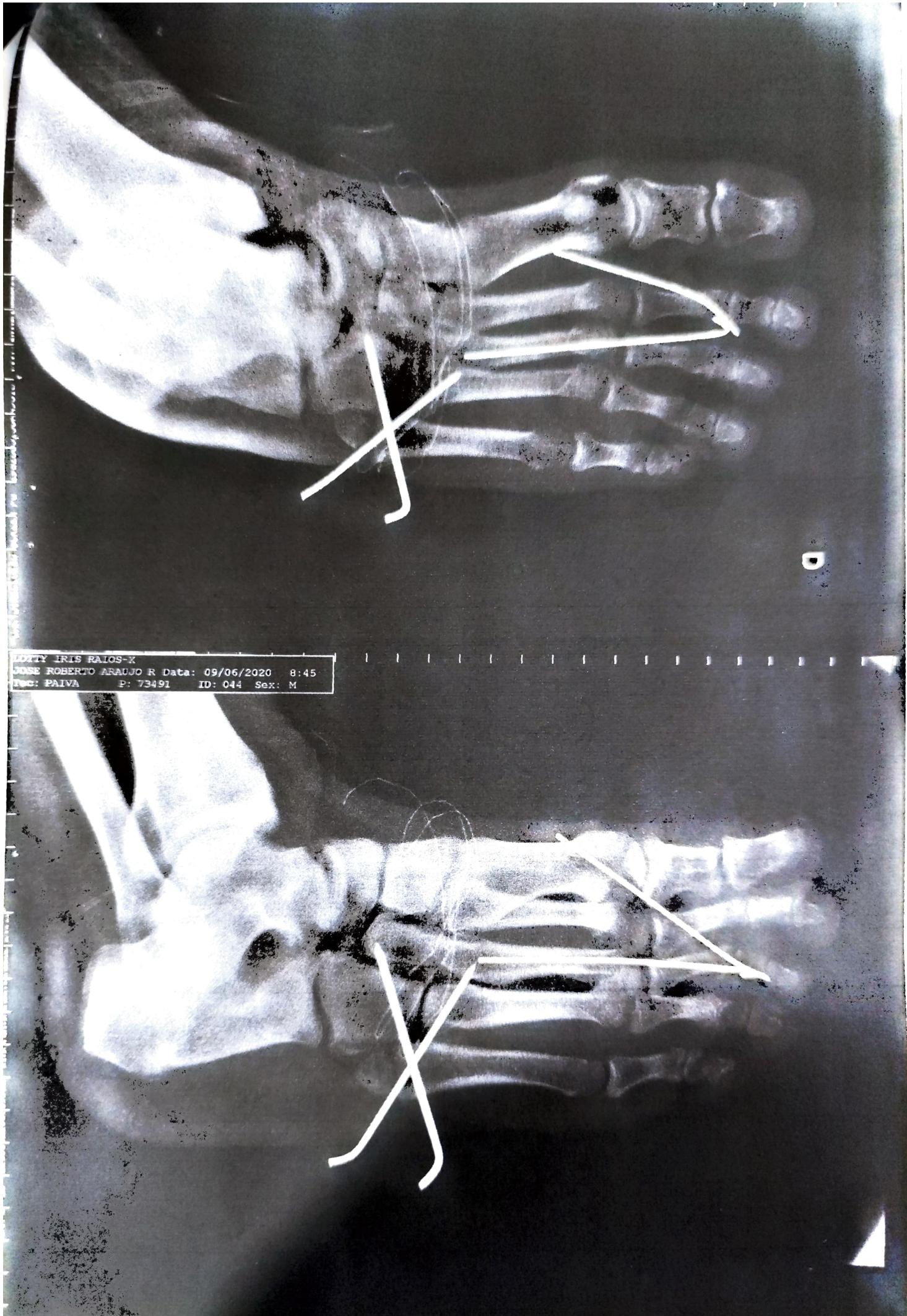
4467

HOSPITAL CORONEL MOTA

01/07/2020

Ana Quezia







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. ILDEFONSO

terça-feira, 9 de junho de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Dr. Ildefonso da Silveira
Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015



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: 4 - Nome completo da vítima:
 2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 467.834.472-20 José Roberto Araujo Raiol

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:

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 17 - Nome completo do Representante Legal:

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 46187- (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 Lider 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 Lider 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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Nascrito (vai nascer): Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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)

40 - Local e Data, _____

José Roberto Araujo Raiol
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EFE 001 V002/2010

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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

NC (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

José Roberto Araujo Raiel inscrito (a) no CPF sob o Nº 467.814.472-20

do sinistro de DPVAT cobertura Involidez da Vítima José Roberto Araujo Raiel

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

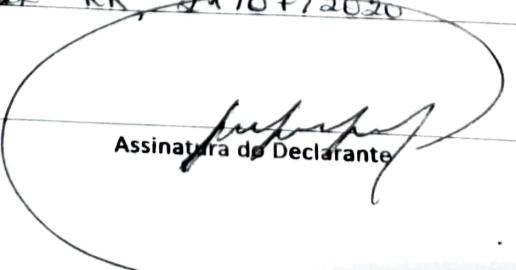
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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 no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	Rua: Antônio P. Galvão	Número:	1832	Complemento:
Bairro:	Buritis	Cidade:	Bonito	Estado: RR
E-mail:	E-mail: <u>INOIRRRA@HOTMAIL.COM</u>			CEP: 69.309-209 Tel.(DDD): (65) 98404-5368

Local e Data: Bonito - RR, 21/10/2020


Assinatura do Declarante

SINISTRO 3200302726 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN

CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz

BENEFICIÁRIO JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

CPF/CNPJ: 46781447220

Posição em 27-10-2020 20:15:30

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/09/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



Seguradora Líder · DPVAT

ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					