

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima
[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2908727220201116152653

Processo 0828126-83.2020.8.23.0010 - (17 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
8 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 8					
500 por pág.					1
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/>	8 16/11/2020 15:26:53	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		8.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2765575CONTESTACAO01.pdf	Público
		8.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2765575CONTESTACAOAnexo03.pdf	Público
		8.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
	7 09/11/2020 11:40:44	Para advogados/curador/defensor de JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (05/11/2020)	Thiago Pacheco Pires dos Santos Analista Judiciário		
<input checked="" type="checkbox"/>	6 05/11/2020 20:35:22	DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS	DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS Magistrado		
	5 30/10/2020 11:31:52	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
	4 30/10/2020 11:31:52	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
	3 30/10/2020 11:31:52	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
	2 30/10/2020 11:31:52	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
<input checked="" type="checkbox"/>	1 30/10/2020 11:31:52	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS Advogado		



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

Carta nº 16063185





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 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: Jose Roberto Araujo Raiol
 6 - CPF: 467.814.472-20
 7 - Profissão: Desconhecido 8 - Endereço: Rua Brasil Magalhães Q382
 9 - Número: 5332 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Senador H C 12 - Cidade: Boa Vista
 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69336-538
 15 - E-mail: JoseRobertoRaiol@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (85)98704-5368

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 3097 CONTA: 46387-0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (novecentos) 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 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprensa 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 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bonito RR 20/10/2020

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

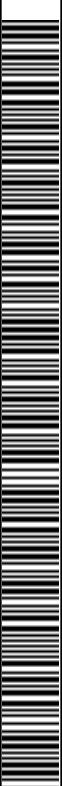
INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA YAMAHA/YBR125 FACTOR ED, ANO: 2013/2014, COR AZUL, PLACA: NAP8625, DE SUA PROPRIEDADE, NO ENDEREÇO E HORÁRIO ACIMA CITADOS, QUANDO AO CHEGAR NO CRUZAMENTO UM OUTRO VEICULO INVADIU SUA PREFERENCIAL E O ATINGIU BRUSCAMENTE, COM O IMPACTO VEIO A CAIR SOFRENDO TRAUMA EM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

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: PJ5Q7 7JPZZ H4MDZ 6LBQU



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

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 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

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							

DESCRÍÇÃO DA CONTA

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

OUTRAS INFORMAÇÕES
TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 357 - 0,617780

Média 12 meses: 400

HISTÓRICO DE MEDAÇÃO

Mês	Consumo (kWh)
AGO/19	272
SET/19	295
OUT/19	441
NOV/19	397
DEZ/19	370
JAN/20	423
FEV/20	396
MAR/20	516
ABR/20	560
MAI/20	482
JUN/20	427
JUL/20	345
AGO/20	367

LIGE 08007019128 E FAÇA O SEU VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 12/08/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS IMPORTANTES
REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO 0DA9.7A11.4F50.A7A3.8047.2707.AAAA.11CD					
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			INDICADORES DE CONTINUIDADE		
Energia:	151,71		DIC	Mensal	Trimestral Anual
Distribuição:	66,44		Límite	8,85	17,70 35,40
Transmissão:	0,00		Realizado	5,17	
Encargos:	8,59		FIC	Mensal	Trimestral Anual





Via de Pagamento para o mês/ano: 05/2020 referente a UC: 1089170

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



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO
1089170

MÊS
05/2020

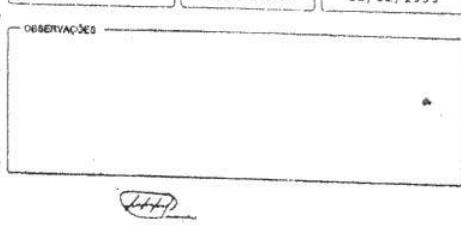
TOTAL A PAGAR
R\$ 554,71



VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096



PLAUSIFICAR
51096



ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA
DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015
JUSCELINO ALBRECHT PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE
92485240616
RR207968020



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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Elair Imacílio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
José Roberto Araujo Rael inscrito (a) no CPF sob o Nº 467.814.472-20,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Roberto Araujo Rael,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 467.814.472 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

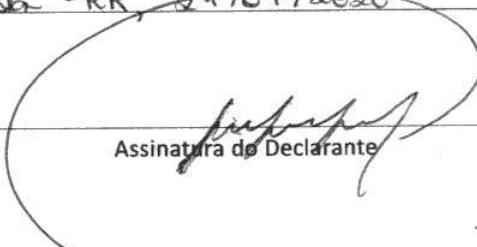
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

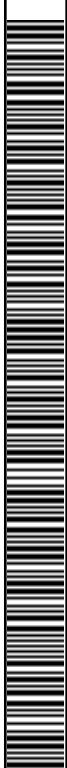
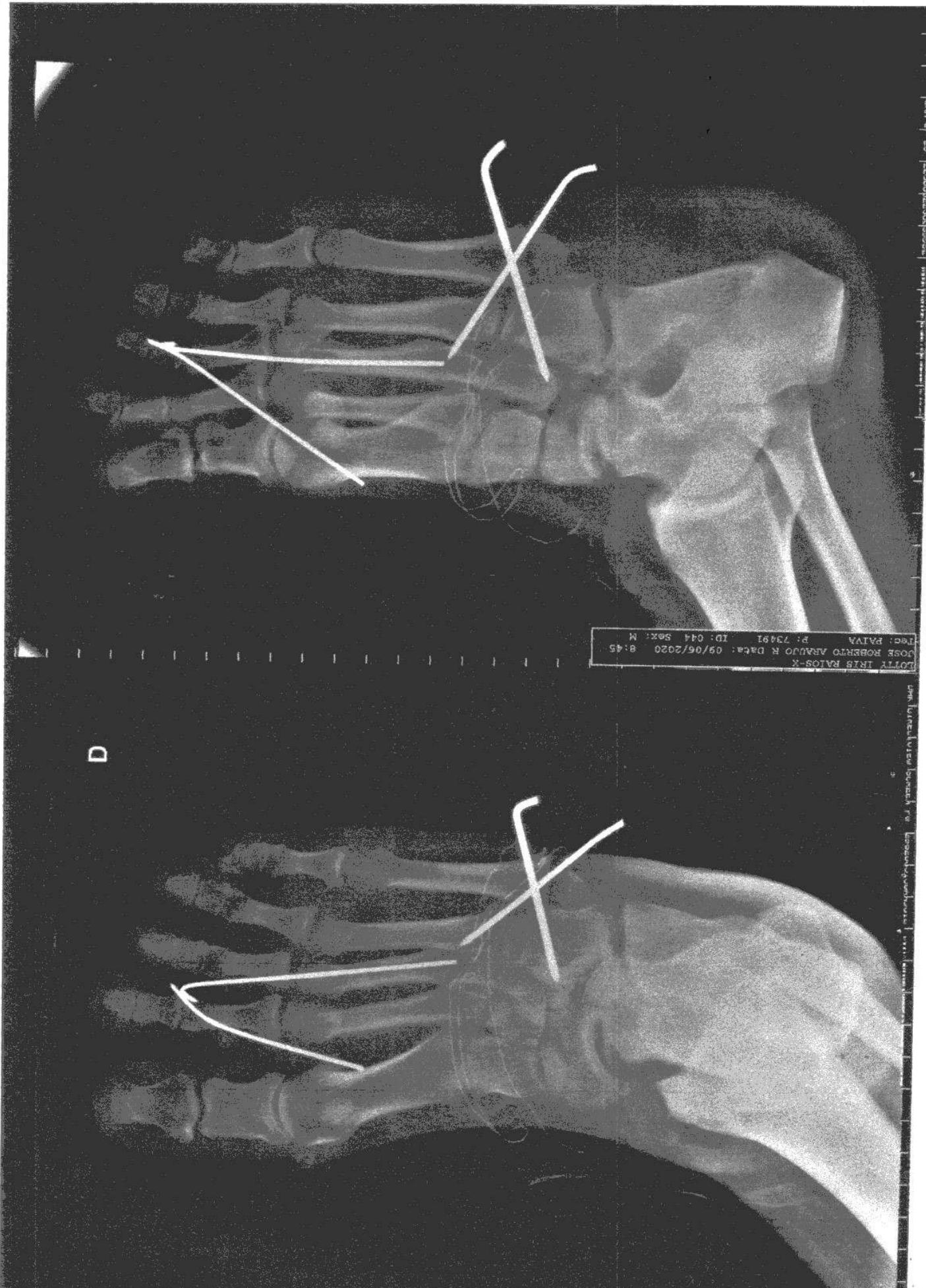
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço:	<u>Rua: Antônio P. Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Bea Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail:	<u>ILOIRRRA@hotmail.com</u>	Tel.(DDD):	<u>(95) 98404-5368</u>	

Local e Data: Bea Vista - RR, 24/10/2020


Assinatura do Declarante







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. lvdensen

terça-feira, 9 de junho de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Dr. Ivel do Santos da Silva
Ortopedia e Traumatologia

15/05/2020

...: Guia de Atendimento 17 ...



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.:

Vitória

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	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE				M		PARDA	BOA VISTA - RR
Mãe					Pai		Nacionalidade
RAIMUNDA DE ARAUJO RAIOL							BRASILEIRA
Endereço						Contato	
RUA - CAUBI BRASIL DE MAGALHAES - 1332 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Piano 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.					
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA						
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
<i>Cotidiano com - ron</i>							
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<i>paciente havia tido perda bombas sobre o topo de casa, p/ d, tchado, que base de fr</i>						
Exame Físico	<i>Exame Físico</i>						
Hipótese Diagnóstica	<i>fratura de RTD</i>						
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-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 0,65 mg/dia</i>							
<i>- TBMU 200g tv</i>							
<i>(8/3/20)</i>							
<i>J. Arnaldo J. H. Pérez CRM/1554/RB/ROE: 176 Cirurgia Geral</i>							
Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :						
Óbito							
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não	Destino: () Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :					

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



ORTOPEDIA

DR. L. LOBANOSKI

PCTE VÍTIMA DO ACOIDENTE ACIMA MENCIONADO, REFERINDO DOR EM PÉ (D).

REX EL EVINDE DA FRATURA PROXIMAL DA SE MTR (D).

AO EXAME: DOR E EDEMA EM PÉ (D), S/ SINAIS DE LESÃO NEUROVASCULAR. LESÃO COMO CORTA EM REGIÃO POSTERIOR DO PÉ (D) + ESFEROCISTOS.

- EURATIVO + NECROSE
- TALA-BOTA
- MTA + necrose no enxerto

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

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		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		HGR		4 - CNES		
Identificação do Paciente						
5 - NOME DO PACIENTE		Jôn Roberto L. ol		6 - NÚMERO PRONTUÁRIO		180302
7 - ESTAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		704207178851780813		8 - DATA DE NASCIMENTO		14/04/1976
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		Raimunda vai orang Raid		10 - SEXO		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3
11 - TELEFONE DE CONTATO		95 9911379060		12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		R. Uauí Brasil no mato grosso 1332 Senador Guiomar
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		BV		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		140000
15 - UF		MT		16 - CEP		2693165118
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO						
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS						
Fx ex tis fluvie + fx múltiplas MTF						
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO						
ATO acr						
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)						
2x c auscuse ex flocos						
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Fx tisfluvic + múltiplas MTF						
PROCEDIMENTO SOLICITADO						
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
Tho cov						
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
				() CNS () CPF		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32-ASSINATURA E CARIMBO		
Dr. Jucardos		08/06/20		Dr. Leandro Roberto Oncopedia e Paleopatologia CNPJ 11151100000 CONSELHO		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)						
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° 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		
AUTORIZAÇÃO						
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
				0408050462		
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
() CNS () CPF						
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		5927		
8/6/20						

BOLETIM OPERATÓRIO

José Roberto Soárez

BOLETIM OPERATÓRIO

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

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fr. le lisfranc c Fr. 32 e 41 MTT

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: ATO cer fr le lisfranc + mltplas MTT

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Henrique

2º AUXILIAR: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESISTAS: Dr. Uirym / Dr. Roberto
*Dr. Roberto Roberto
Cirurgião e Traumatologista
CRM/R 1715 / RQE 814*

INSTRUMENTADORA: _____

ANESTESIA: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Paciente em ORT sob platos ouestescos

2) Assopros - Antissopros

3) Redutor impreciso - fixador de S-MTT no ort. da lisfranc e/ 2 fios K 20

4) Acerto dorsoP em pé - dividido por platos e fixado de 2 a 3- urt e/ 2 fios K 1,5.

5) Revisão radiográfica

6) Sutura

7) Curativo

8) RPA

08/06/2020

...: Guia de Atendimento 17 ...

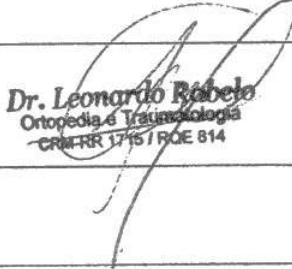


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação _____
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.: _____

Reclassificação _____
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.: _____

Reclassificação _____
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.: _____

2001248560	08/06/2020 07:59:59	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	1
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL		14/04/1976	44 A 1 M 24 D				
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade
IDENTIDADE				M		PARDA	BOA VISTA - RR
Mãe				Pai		Contato	
RAIMUNDA DE ARAUJO RAIOL						(95) 99137-9060	Ocupação
Endereço	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
OUTROS	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA				ADAO		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem					GSC	TOTAL	
					AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<p>Fx 2.3x H = UTI + Lis fosc. Ao GT - suporar para CC</p>						
Exame Físico	 Dr. Leonardo Rabelo Ortopedia e Traumatologia CRM/RR 1716 / RQE 814						
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares	<p><input type="checkbox"/> RAIO-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: _____</p>						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
Conduta	<p><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / / : :</p>						
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



2001248560



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

José Roberto Araújo Raoul 44. 28/06/2020

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO										Nº			
NÃO HOUVE													
A.G.E.N.T.E'S	N 20	15	30	45	9:45	15	30	45	15	30	45		
	O2												
LÍQUIDOS-VENOSOS	A	100	20	20	20	250ml	250ml	250ml					
	V												
DA	X	240	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
		38	220	220	220	220	220	220	220	220	220		
ULSO	•	36	200	200	200	200	200	200	200	200	200		
		34	180	180	180	180	180	180	180	180	180		
ANES	X	32	160	160	160	160	160	160	160	160	160		
		30	140	140	140	140	140	140	140	140	140		
OP	O	120	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
		100	80	80	80	80	80	80	80	80	80		
TEMP		80	60	60	60	60	60	60	60	60	60		
		60	40	40	40	40	40	40	40	40	40		
ASPIR.	A	50	30	30	30	30	30	30	30	30	30		
		30	20	20	20	20	20	20	20	20	20		
Export													
Assist													
Contro													
SÍMBOLOS													
54													
P01													
AGENTES		DOSSES	TÉCNICA		ANOTAÇÕES								
A. Fentanyl		100mcg	Rodízio de Anestesia Paralítico		X - CHECK LIST ANEST. OK								
B. Midazolam		5mg	ANA @ Laringe S2moto		MONITOR: SpO ₂ , FC, PANZ, TCG.								
C. Bupivacaina		15mg	ESTERILIZADA 60g		(1) AVP (2) CN D ₂ 20/min								
D.			(3) Agulha 27G de Quinch		(3) Scopan + fentanyl 100mcg								
E.			Ventricular espontânea		midazolam 5mg								
F.													
G.													
GLICOSE		LIQUIDOS	Cáculo + Nase / Oxo Faringeo										
NDCC			Naso / Ororagual - Cega										
SANGUE			Bal - Temp - Calibre do Tubo										
			Sub Máscara										
			Dificuldade Técnica										
			NÃO HOUVE										
			TEMPO DE ANESTESIA										
			340 - 9:50h (1:10h)										
TOTAL													
OPERAÇÃO													
LUTA SOB DT DÉ (1)													
ANESTESIA		CÓDIGO	CRURGIO		PERDA SANGUÍNEA								
In Nitrogem + Rádiofrequência			Dr. Vitor Paranhos		Comparável								

Brasília DF 07.06.2020
MÉDICO
CRM-RR 1025

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 26/10 PACIENTE: José Edorico P. Reis DN: 14416
PACIENTE: 14416 ()
DIAGNÓSTICOS: nao tem diagnóstico

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:
Cefixime + Salicálico

10- EVOLUÇÃO CLINICA:
Paciente evoluindo dia 30/10

Boa Vista, 8 de junho de 2020. Hora:

CRM _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

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

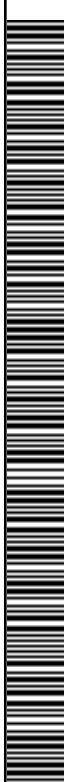
Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:
 HC HLI HMI OUTRO _____



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		Série: 44	APT° OU LEITO	N° DO PRONTUÁRIO	DATA	
<i>Jane Roberto Freijo Raed</i>					03 / 06 / 2020	
CIRURGIA						
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO			
<i>Intervenção em RE (D)</i>			INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL	
			09:12	09:40		
EQUIPE MÉDICA						
CIRURGIÃO			ANESTESISTA			
<i>Dr. Leonardo, Dr. Vitor Paracat</i>			<i>Dr (R) Bruno H. D'AROZ</i>			
1º AUXILIAR			INSTRUMENTADOR			
<i>Dr (R) Marcon</i>						
2º AUXILIAR			CIRCULANTE			
<i>Dr (R) Augusto</i>			<i>Zezem, Anna</i>			
TIPO DE ANESTESIA			TEMPO DE DURAÇÃO			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS		VALOR
	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÉNIO		
	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		
	MONONYLON COM AGULHA N. 2-0			ÉTER		
	MONONYLON SEM AGULHA			ATROPINA		
	UNIDADES DE GAZE			PROSTGMINE		
	PÁRES DE LUVAS N° 8,5			THIONEMBUTA		
	EQUIPOS PARA SORO			MARCAÍNA		
	ROLOS DE ESPARADRAPO			<i>Noval 25ml 10ml</i>		
	DRENOS N°			GLICOSE %		
	SONDAS N°			ÁGUA OXIGENADA		
	AGULHAS <i>Roque</i>			MERTHIOLATE		
	COMPRESSAS <i>pele de bando</i>			<i>Mercúrio bromo Álgido Antiséptico</i>		
	LÂMINAS PARA BISTURI N. 15			<i>Álcool 70% Escova de Desinfecção</i>		
	<i>Algodão Crepon</i>					
	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			
	<i>Juulma</i>					
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO		TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA			
			SOMA			
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE			





Via de Pagamento para o mês/ano 05/2020 referente a UC 1089170

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



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

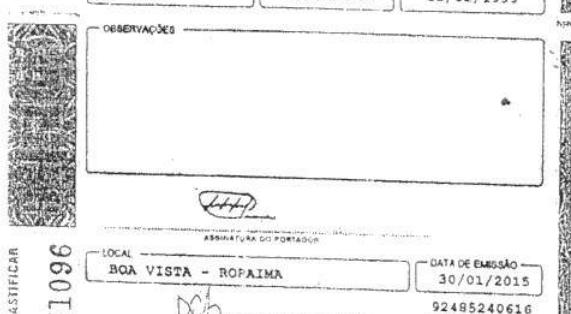
CÓDIGO ÚNICO
1089170

MÊS
05/2020

TOTAL A PAGAR
R\$ 554,71



VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096





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.

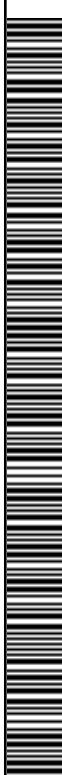
Documentos complementares:

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 Raiof

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Açougueiro

IDENTIDADE: 26 89636 SSP/PA

ENDEREÇO: Rua Caubi Brasil Magalhaes, 1332 Q 382-S HC.

OUTORGADO

NOME: Elaine Freire de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 134.807 SSP/RR

ENDEREÇO: Rua Antônio Linheiro Galvão, 1832, Buritis

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 Involuntária, vítima:

Jose Roberto Araujo Raiof.

José Roberto Araujo Raiof

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

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

