



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: claudianne da Silva Borges
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
Profissão: Autônoma RG: 376247-5 SSP/RR
CPF: 004.538.812 - 11 Endereço: Rua: Peixe bato Nº: 446
Bairro: Santa Teusa CEP: - Município:
Telefone: (95) 99152 - 7893 E-mail: claudianne.borges24@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 judicium*, 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, 14 de outubro de 2020.

x Claudianne da Silva Borges
Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR
Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 99118-5777
E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: http://www.abhneradvcon.com.br

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome completo: claudianne da Silva borges
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
Profissão: Autônoma RG: 376247-5 SSP/ RR
CPF: 004.538.812-11 Endereço: Rua: Peixe brito N°: 446
Bairro: Santa Teresa CEP: - Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 99152 - 7893 E-mail: claudianneborges24@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, 14 de outubro de 2020.

X claudianne da Silva Borges
Declarante



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Cleudianne da Silva Borges

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Empregadora

IDENTIDADE: 376247-5 SSP-RR

ENDEREÇO: Rua Peixe boio, nº: 446, Santa Tereza

OUTORGADO

NOME: Heir Inácio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114.807 SSP/RR

ENDEREÇO: Rua Antônio Pinheiro Galvão, 1832, Curitiba

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

12 / 03 / 2020 cobertura Inicial, vítima:

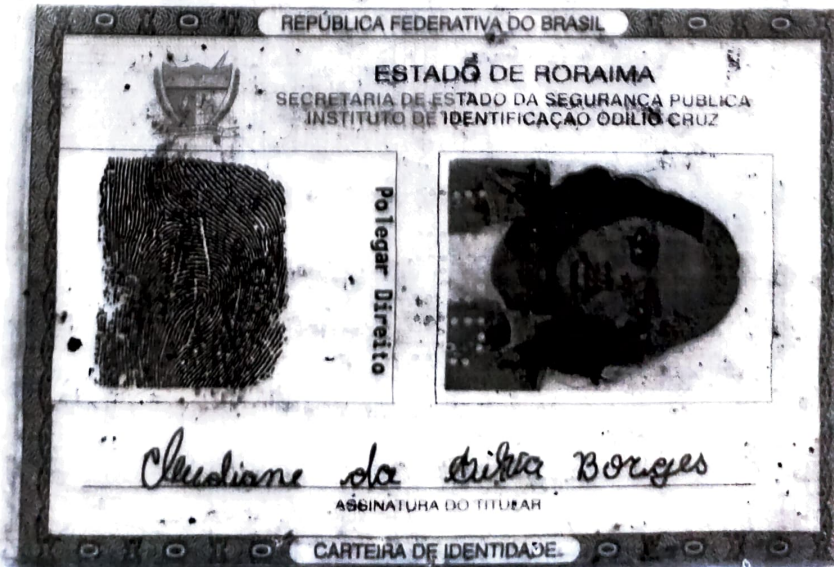
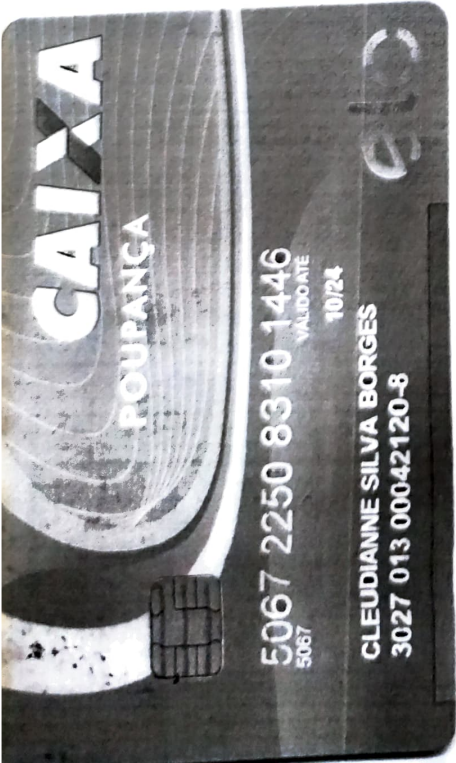
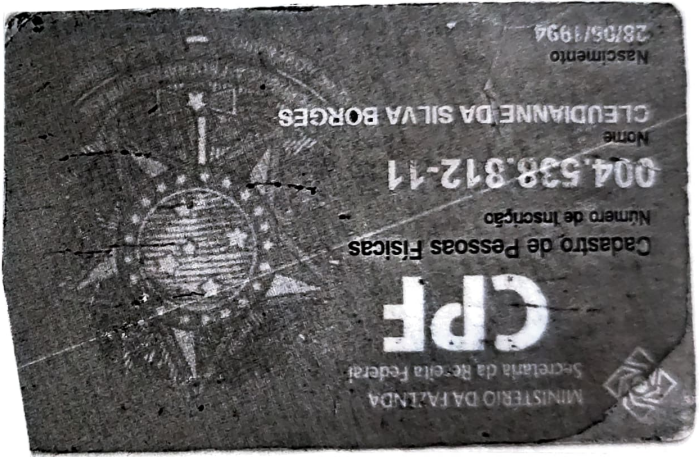
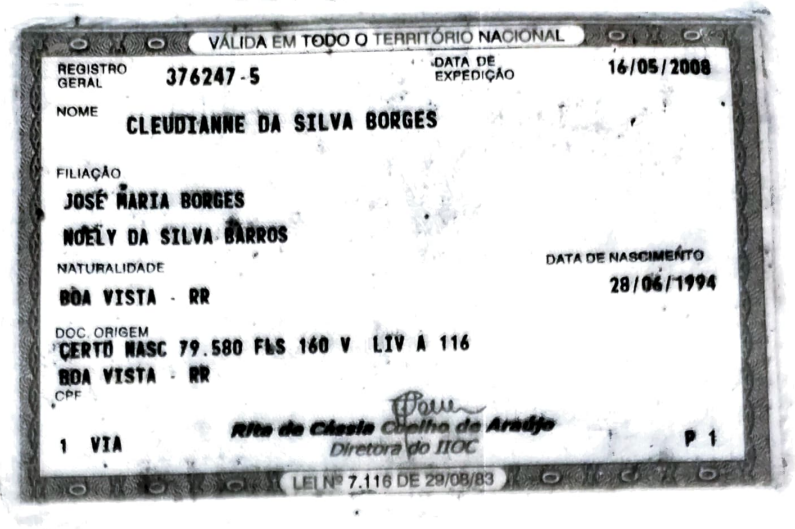
Cleudianne da Silva Borges

x Cleudianne da Silva Borges

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 11 DE Agosto /2020.





→ C roraimaenergia.com.br/segundavia/listauc.php

Faturas da UC: 1172620



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE G

CNPJ: 02.341.470/0001-4

Unidade Consumidora

1172620

Nome do Cliente

SIMONE BORGES

Endereço

R. PEIXE BOTO, 446 , 1 - SANTA TEREZA

Mês de Faturamento	Data de Vencimento	Valor
08/2020	21-SEP-20	R\$ 206,66
07/2020	21-AUG-20	R\$ 200,00
06/2020	21-JUL-20	R\$ 200,96
05/2020	21-JUN-20	R\$ 226,14
04/2020	21-MAY-20	R\$ 265,83
03/2020	21-APR-20	R\$ 370,33
02/2020	21-MAR-20	R\$ 326,30
01/2020	21-FEB-20	R\$ 356,81
12/2019	21-JAN-20	R\$ 214,94
11/2019	21-DEC-19	R\$ 274,74
10/2019	11-NOV-19	R\$ 317,11

🔍 Digite aqui para pesquisar



Fis. 1
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00011085/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/09/2020 09:55:19 Data/Hora Fim: 18/09/2020 09:55:18
Origem:
Delegado de Polícia: Adalmir Almeida Sena Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 12/03/2020 12:15

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Mecejana
Logradouro: RUA PEDRO RODRIGUES
Ponto de Referência: EASY TECH ELETRONICO
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: **JAN ELBER DANTAS FERREIRA (ENVOLVIDO)**
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 31
Estado Civil: União Estável
Em Serviço: Não

Documento(s)

RG: 253962
CPF: 917.316.742-87

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA CURITIBA Nº: 562
Bairro: EQUATORIAL
Telefone: (09) 9119-3967 (Celular)

Nome Civil: **CLEUDIANE DA SILVA BORGES (ENVOLVIDO)**
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade 26
Profissão: Motorista
Estado Civil: Solteiro(a)
Em Serviço: Sim

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA PEIXE BOTO Nº: 446
Bairro: SANTA TEREZA
Telefone: (09) 9152-7893 (Celular)

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público Representante: Osaniel 2ºsgt Mat 47000180



Impresso por: Carlos Alberto Valerio da Silva
Data de Impressão: 18/09/2020 09:56:13

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Vi.

17

rio



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00011085/2020-A01

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 306.826.141-49	Placa NAU5296
Renavam 01053313389	Número do Motor 1KDA781237
Número do Chassi 8AJYY59G4F6532266	Ano/Modelo Fabricação 2015/2015
Cor BRANCA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo I/TOYOTA HILUXSW4 SRV4X4
Modelo I/TOYOTA HILUXSW4 SRV4X4	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 06/07/2018	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Jan Elber Dantas Ferreira

Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 023.399.732-60	Placa NAQ2009
Renavam 00863662781	Número do Motor E337E-100053
Número do Chassi 9C6KE043050058260	Ano/Modelo Fabricação 2005/2005
Cor VERMELHA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/YBR 125E
Modelo YAMAHA/YBR 125E	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 13/08/2018	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Cleudiane da Silva Borges

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SENHOR(A) DELEGADO(A). ACIONADO VIA CIOPS PRA AVERIGUAR UMA OCORRENCIA DE TRANSITO NO ENDEREÇO ACIMA CITADO ONDE NO LOCAL O ITEM 02(JAN) NOS INFORMOU QUE SEGUIA PELA RUA PEDRO RODRIGUES SENTIDO BAIRRO/CENTRO E QUANDO TENTOU FAZER UMA CONVERSAO A ESQUERDA A ITEM01 (CLEUDIANE) QUE SEGUIA PELA MESMA VIA E SENTIDO CONTRARIO, COLIDIU EM SUA LATERAL DIREITA. AS INFORMAÇÕES DA ITEM-01, FORAM REPASSADAS PELO SENHOR JOSE MARIA BORGES DE CNH:05174633168, QUE ERA PAI DA ITEM-01, E FICOU RESPONSÁVEL PELA MOTOCICLETA. A ITEM-01, FOI CONDUZIDA PARA O HOSPITAL POR UMA VIATURA DO SAMU E O SOCORRISTA INFORMOU QUE HAVIA SUSPEITA DE FRATURA NA PERNA DA ITEM-01. A PERICIA FOI FEITA PELO PERITO WELINTON E O AUTOMÓVEL LIBERADO AO SEU CONDUTOR. ERA O QUE TINHA A RELATAR.TRANSCRITO CONFORME ROP PM EM ANEXO..

O EST
Esta
al de
o E

FIS: 3

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00011085/2020-A01

ASSINATURAS

Carlos Alberto Valerio da Silva

Agente de Polícia
Matricula 0712925

Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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: PJS5X CBQU9 NQABJ JPWBY



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



Possível vítima de acidente de trânsito, apresentando
edema em região periorbital (1) com fraturas em foco.
Aguardando avaliação (conduto) do ortopedio para
liberação do espondilodol para conduta de base.
No momento aos cuidados do ortopedio.

Dra. Juliane Moquet
Cirurgia Bucodentofacial
CRO/RR 127
15:10

Ortopedia

Vítima apresentando trauma no tórax
a) fratura com tórax + fx punho (E)
+ fx femur (15).
em: punho + tração femur.
internação.
Solicitação para a base para
cuidados diferentes.

Dr. Marcus Brunner
CRM 1917

Shella
Cirurgia Bucodentofacial
14 SET. 2020

Seguradora
LIDER
Administradora de Seguros DPV

colha o(s)
de

118-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE CHEVDIANNE DA SILVA BARBOSA

AGNOSTIC fx fratura + fx fratura + punção

ALERGIAS _____ HAS **NEGA** DM2 **NEGA**

IDADE _____ LEITO _____ DATA 12/03/20

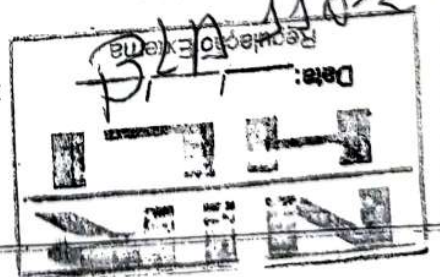
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE <u>dieta normal</u>	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<u>18:46-12</u>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
13	SSVV + CCGG 6/6 H	
14	CURATIVO DIÁRIO	
15	<u>TENOXILAN 20 mg 12/12h</u>	
16	<u>CELEXA 40 mg 1x/dia</u>	
17		
18		
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUITA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				T ₂
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H	102/72	82	22	36.5



MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

20:00
T: 36.7°
FC: 78
FR: 22
SpO₂: 100%

Cah paciente admitida no
bloco às 21:30, realizada
SSVV + medicamentos de
hemodinâmica, fraco de fralda

Naides A. Oliveira
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 903.896 TE

Shelce
14 SET. 2020

Cleudiane

118-2



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	<i>Cleudiane da Silva</i>				
AGNÓSTICO	<i>for 1000 + for 1000 + for 1000</i>				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	<i>118-2</i>	DATA	<i>13/3/20</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>SN</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>mamã</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>SN</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>12:00 24:00</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>06:00</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SN 24</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>19:00 24:00</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>SN</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>5V5V</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>3V</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>paciente</i>
13	SSV + CCGG 6/6 H				<i>10</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>10</i>
15	<i>Curativo 40mg 1x dia</i>				
16	<i>+ Sol 20mg 2x 12/12h</i>				<i>10</i>
17					<i>10</i>
18					
19					
20					
21					

Atm. cura do paciente
estava no banho do paciente

Dr. Augusto Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

06h: 415/69 P: 76 T: 36,4°C

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	13x9	81	-
18 H	147/71	87	-
24 H	142/73	78	-

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

11: Paciente no leito, m.c.p. Verificado SSV e intercorrências aux. Ror. Gl.

24h: Paciente relata que sente dormência no lado direito, sente bastante tontura no



EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente:

Cleudianne Borges

Leito:

118.02

Data:

13/03/2020

Localização		Região: <u>perna direita</u>		Região: <u>Face</u>
		Grau: I (x) II ()		Grau: I () II (x)
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>01</u> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>01</u> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: <u>equimose roxa + edema leve</u>	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <u>pouco</u> <input type="checkbox"/> Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>AGE + micropore</u>	
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <u>Aninho</u> <input type="checkbox"/> 48/48h	
Profissional que realizou o procedimento:	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE		Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	
Observações:	Ana Carolina da Silva Cortes Téc. em Enfermagem COREN-RR 934.622		Ana Carolina da Silva Cortes Téc. em Enfermagem COREN-RR 934.622	
	Selma Paula F. da Silva Téc. em Enfermagem COREN-RR 934.631		Selma Paula F. da Silva Téc. em Enfermagem COREN-RR 934.631	
	Elislei Carvalho Gotado Gerente de Núcleo Tratamento de Feridas Enfermagem Coren-RR 488.579-ENF		Elislei Carvalho Gotado Gerente de Núcleo Tratamento de Feridas Enfermagem Coren-RR 488.579-ENF	



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: PJTJV BNE3R RSRVR Y4KWK

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA 					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	CLEUDIANNE DA SILVA BORGES				
DIAGNÓSTICO	FX DE PUNHO E FEMUR D				
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	118-2	DATA	15/03/2020	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PASTOSA				SW
2	AVP				SW
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				SW
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				SW
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				SW
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				SW
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				SW
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				SW
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SW
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
11					
12					
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DEGESSO CIRCULAR EM MSE E TRAÇÃO ESQUELÉTICA EM FEMUR D, EDEMA EM REGIÃO PERIORBITAL DIREITA.

Dr. Ilderson P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733

T				
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H		62	18	36°C
18 H	130/70	89	-	36.4°C
24 H	120/80	86		36°C

Sheila
14 SET. 2020

15/03/2020 Plantão diurno (07h - 19:00h) Paciente acomodada na
03 leito realizada troca de AVP, pelo nº 22 em MSD.
2020 Administrada as medicações de horário regular.
15/03/2020 Paciente no leito auxiliada a
SSVV - medicação evm
Maria Jesus Silva Duó
Téc. em Enfermagem
Geleivanya da C. Lima
Técnica de Enfermagem
COREN-298.776

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR Hospital Geral de Roraima
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	CLEUDIANNE DA SILVA BORGES					
DIAGNÓSTICO	FX DE PUNHO E e FEMUR D					
ALERGIAS						
IDADE	HAS	DM2				
LEITO	118-2	DATA	16/03/2020			
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL PASTOSA					SND.
2	AVP					MANHA
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA					16h
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H					12 24
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H					12 18 7
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					06
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N					SN.
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR					SN.
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					SN.
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN.
11						
12						
13	CURATIVO					NOTA
14	SSVV + CCGG 6/6H					NOTA
15	AO HC					
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DEGESSO CIRCULAR EM MSE E TRAÇÃO ESQUELÉTICA EM FEMUR D, EDEMA EM REGIÃO PERIORBITAL DIREITA.

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x82	78		36°C
18 H	130x80	80		35.8°C
24 H	117x81	91		36

DON MARTINS
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 2038 RR

22.03.2020 sem medicação
Don Martins

Don Martins da S. Campiano
Téc. Enfermagem
COREN-RR 603.042-1E

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		CLEUDIANNE DA SILVA BORGES					
DIAGNÓSTICO		FX DE PUNHO E FEMUR D					
ALERGIAS							
IDADE		HAS		DM2			
ITEM		LEITO		DATA		14/03/2020	
1	DIETA ORAL PASTOSA					HORÁRIO	
2	AVP					SND	
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA					MANHA	
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H					12:00	
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H					12:00	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					12:00	
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					SND	
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II					SND	
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					SND	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SND	
11							
12							
13	CURATIVO					Roraima	
14	SSVV + CCGG 6/6H					Roraima	
15							
16							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DEGESSO CIRCULAR EM MSE E TRAÇÃO ESQUELÉTICA EM FEMUR D, EDEMA EM REGIÃO PERIORBITAL DIREITA.

OGW.PA: 105x62 P.85 T.36.0

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/70	76	—	
18 H	138/74	83	—	
24 H	102x20	72	—	

24h. Administrando med. capat
afetando SSVV.

8 horas: Realizados os
Tbcs C.p.u.
Marina S. R. R.
Aux. Enfermagem
COREN: 043001866

NIR

Anexo I

16/03/2020



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

NIR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

primária de 1/2 em face +
+ punho @ + 1/2 femur @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTC cirúrgico.

chele
COPIA ORIGINAL
14 SET. 2020

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

PT.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

1/2 face + 1/2 femur + punho @

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

internar

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

ORTOPEDIA UNICOR

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

DR. MARCUS / DR. MARCUS / DR. MARCUS A.

DR. Marcus Brunner
Médico
CRM-PR 1917

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº 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

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

0308010019
5028
5525
5323
T068
V799



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

AMB-2

DATA: 16/03/2020

PACIENTE: CLEVDIANNE DA SILVA BORGES DN: 28/04/94

DIAGNOSTICO(S): FX PUNHO (E) e FX PUNHO (D)

DIH: / /

KANBAM: Dieta:

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO³: PH: BE: PO²: PCO²:

EAS:

CULTURAS (/ /):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:

Cl: HCO³: PH: BE: PO²: PCO²:

EAS:

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIEMNTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

ATB

ATO CONSERVADOR P/ PUNHO (E)

BE6, LOBE, COE CANAL, EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

S/ MATERIAL P/ CIA. DA SUCOMAXIMO

AB. CLAUDIA ORTOPEDICA 25/04/2020

Boa Vista, 16 de MARÇO de 2020. Hora: 09:30

Dr. Lael Silva

Médico

CRM/RN 2015

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

CRM 2015 / RN

CRM /

Assinatura/carimbo do Médico Regulador



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu ELIZABETH DA SILVA BORGES CPF nº 004.538.812-11

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 16 de MARÇO de 2020.

Assinatura do paciente: Elizabete da Silva Borges

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome: _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20____. Hora: _____

Nome Completo: _____

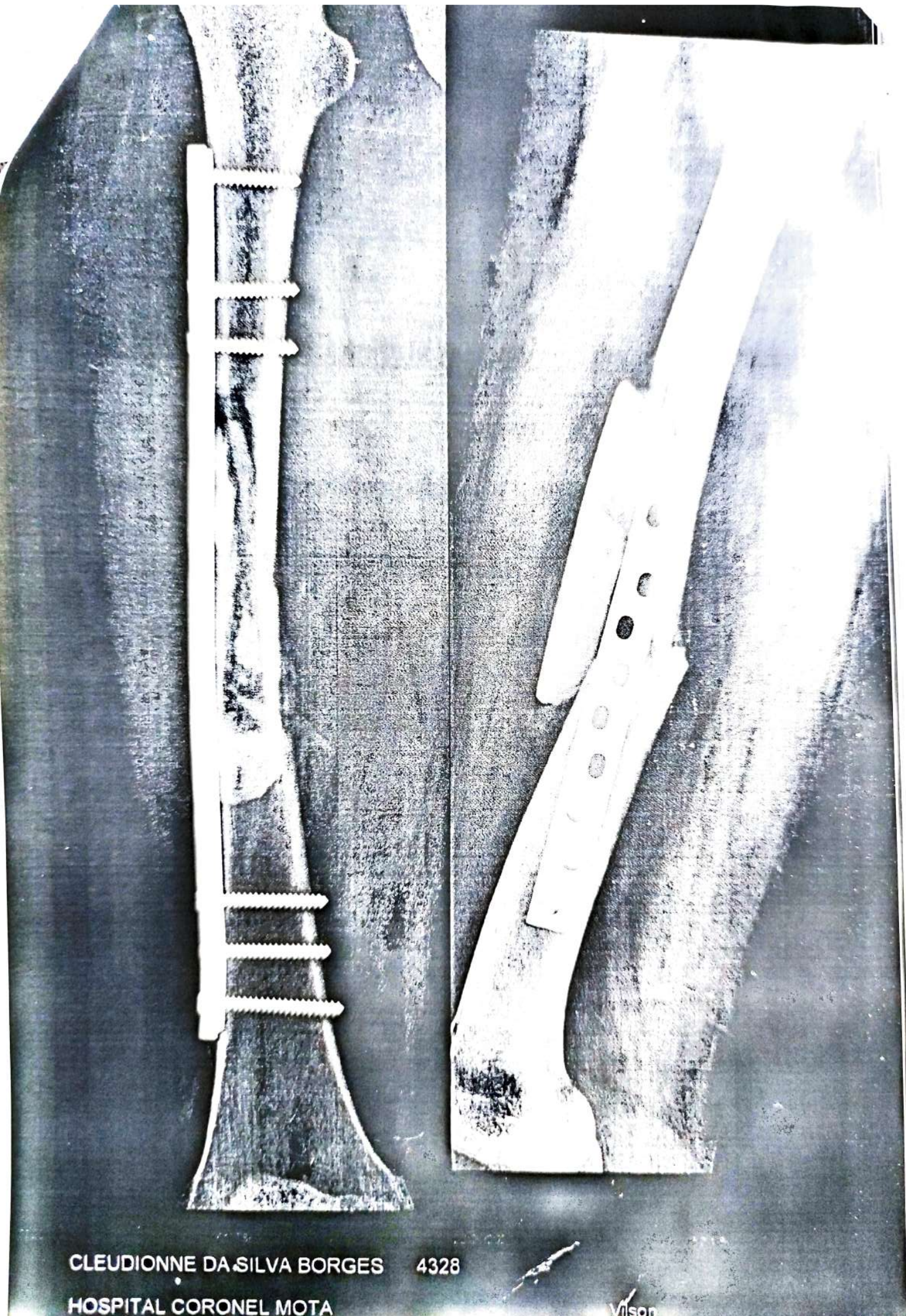
Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

Dr. Fabiano
Assinatura
CRM 7414

Dr. Bruno Vieira
CRM 1231 ROR
16 MAR. 2020

CRM _____ / _____

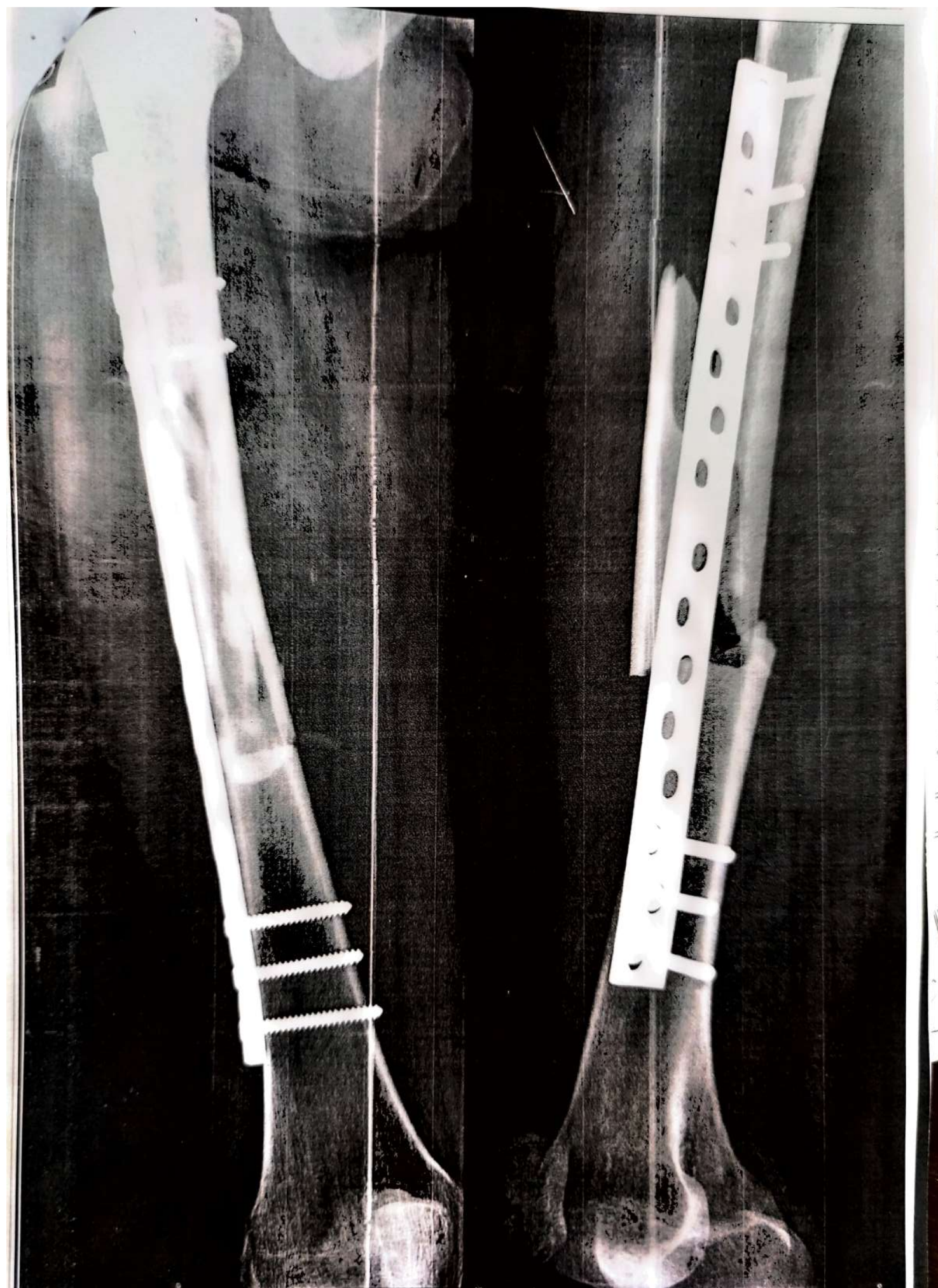


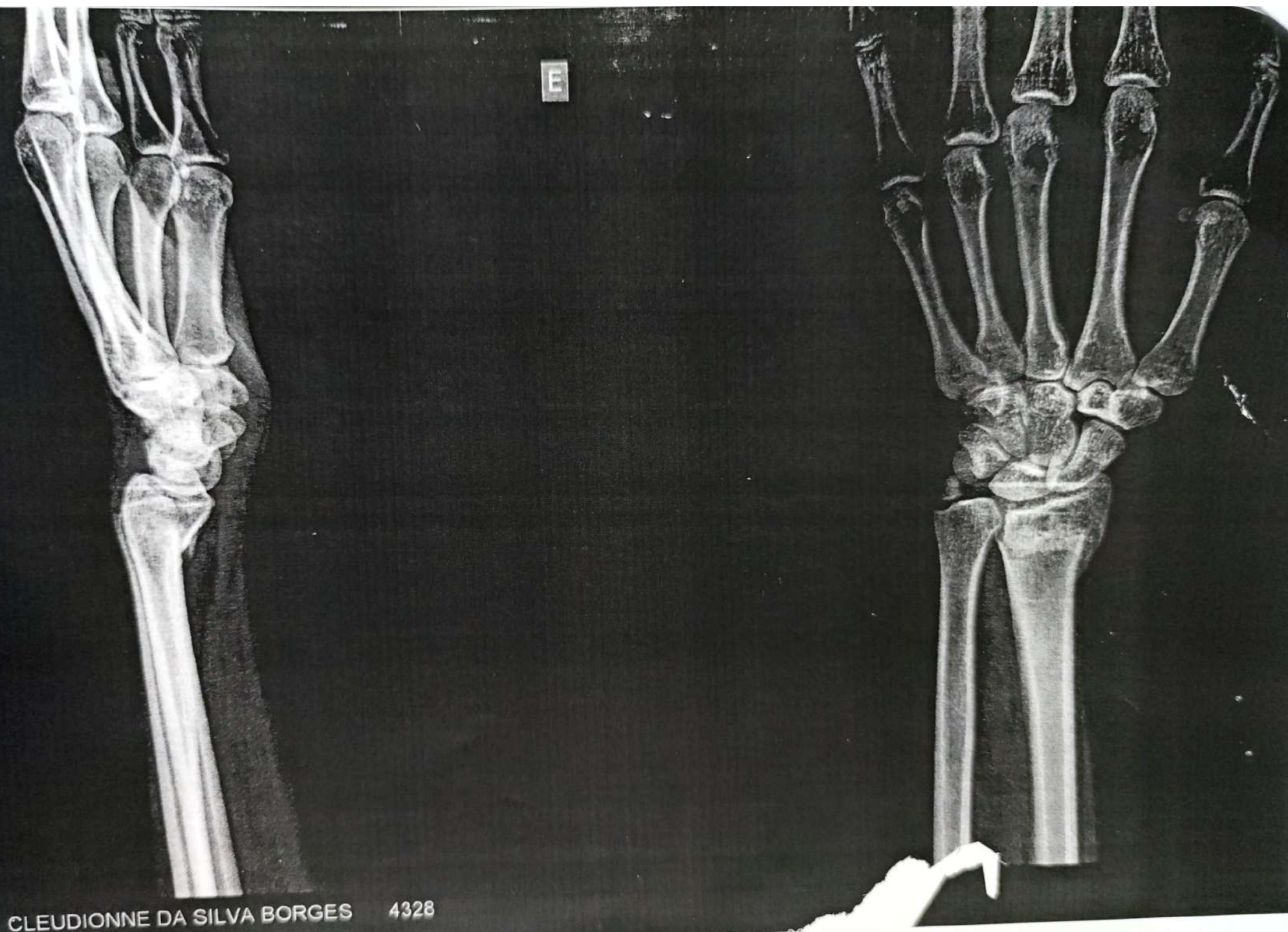
CLEUDIONNE DA SILVA BORGES 4328

HOSPITAL CORONEL MOTA

Vilson



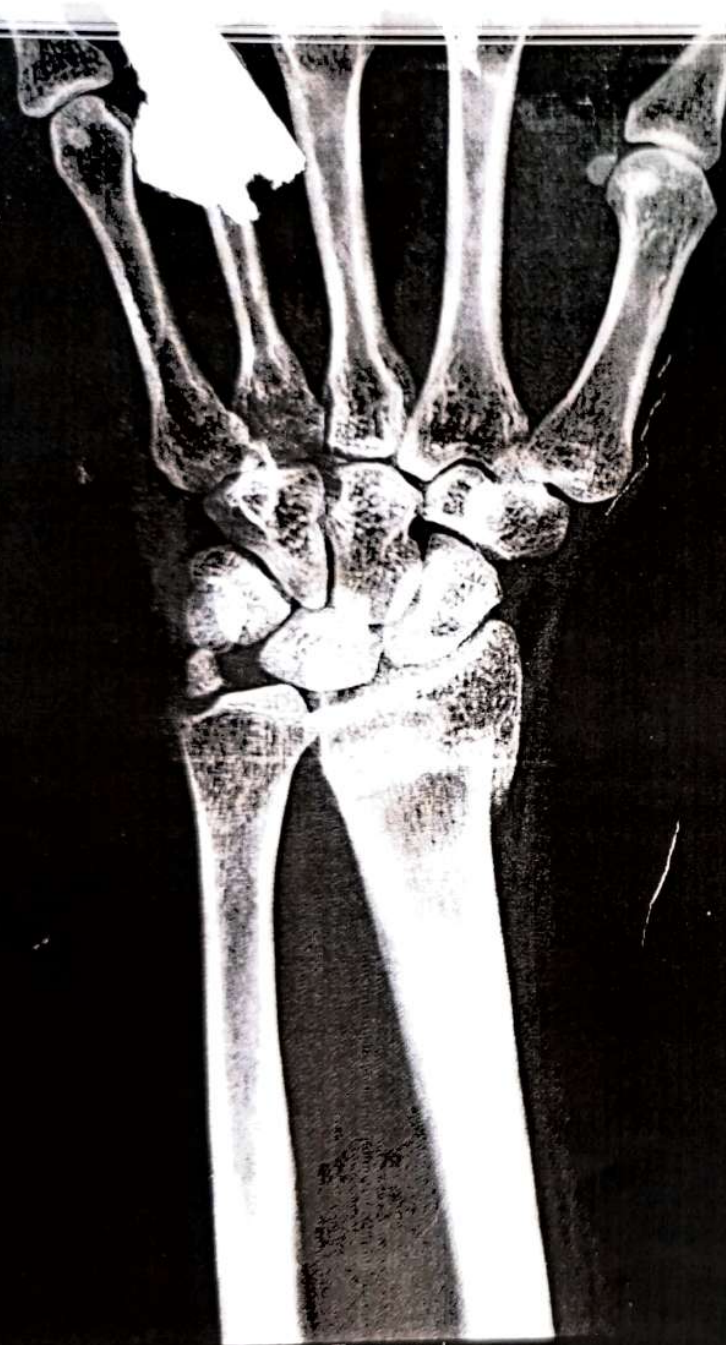




CLEUDIONNE DA SILVA BORGES 4328



E



Tam. real

25/05/2020



Tam. real

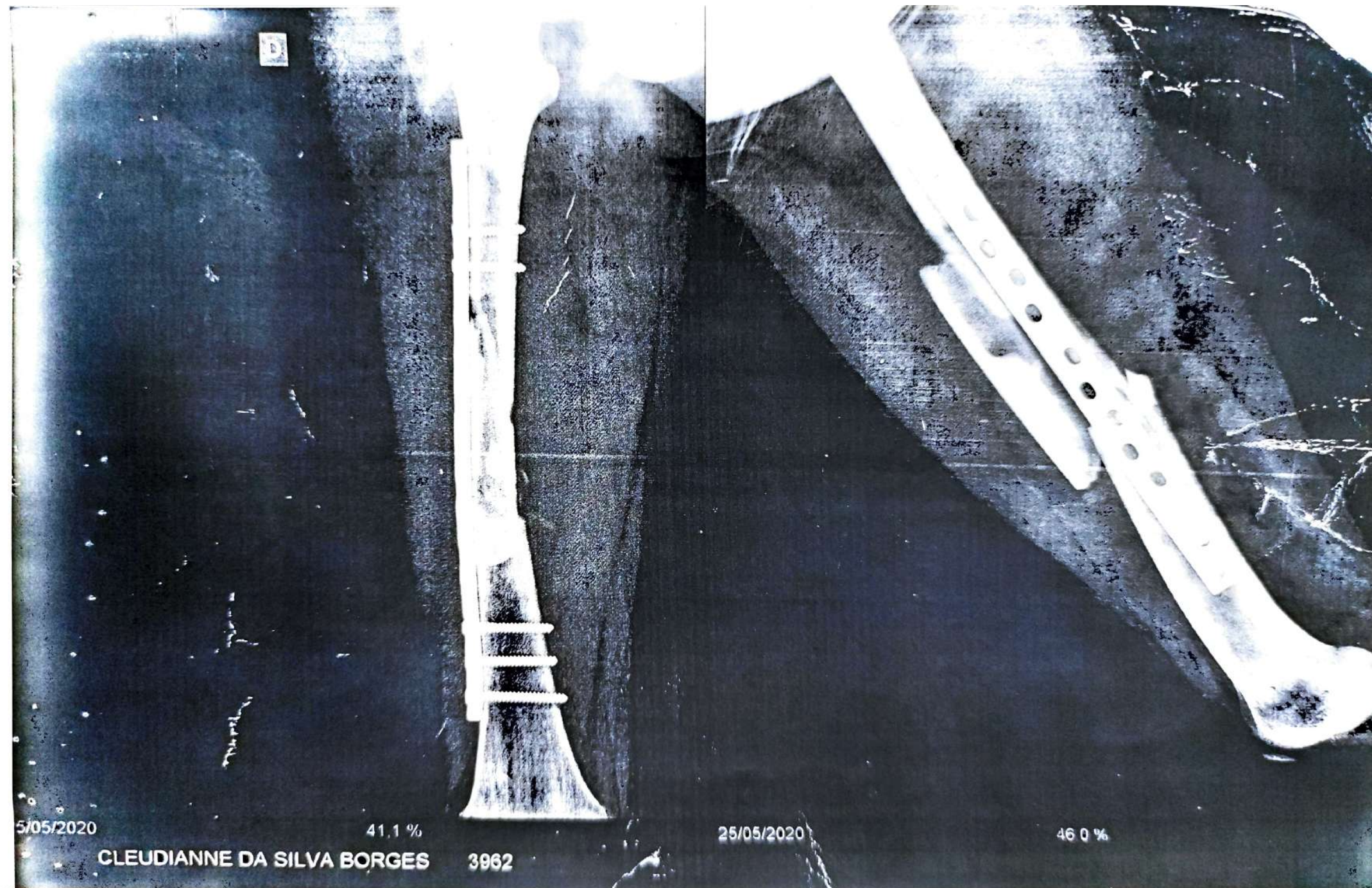
25/05/2020

CLEUDIANNE DA SILVA BORGES 3962

HOSPITAL CORONEL MOTA

Ana Quezia







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

004.538.812-11

4 - Nome completo da vítima:

Cleudianne da Silva Borges

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

5 - Nome completo:

Cleudianne da Silva Borges

6 - CPF:

004.538.812-11

7 - Profissão:

entregador

8 - Endereço:

Rua: Peixe boto

9 - Número:

446

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Santa Teresa

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

15 - E-mail:

ILOIRRR@HOTMAIL.com

16 - Tel. (DDD):

(95)98404-5362

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)

AGÊNCIA:

3027

CONTA:

42120

8

(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 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Boa Vista - RR, 16/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FDS 001 V002/2010



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

Ilain Inácio de Souza

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

Okudamine da Silva Borges inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.538.812 / 11

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Okudamine da Silva Borges

inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.538.812 / 11, 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>7832</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>
E-mail:	<u>ILAIINRRR@HOTMAIL.COM</u>			CEP:	<u>69.305-209</u>
				Tel.(DDD):	<u>(95)98404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 16/09/2020

Assinatura do Declarante

SINISTRO 3200336738 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CLEUDIANNE DA SILVA BORGES
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN
CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz
BENEFICIÁRIO CLEUDIANNE DA SILVA BORGES
CPF/CNPJ: 00453881211

Posição em 27-10-2020 20:25:54

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
30/09/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



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



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	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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 cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
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	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 superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	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 dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

