



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Cléudianne da Silva Borges
Nacionalidade: Brasileira **Estado Civil:** Solteira
Profissão: Autônoma **RG:** 376247-5 **SSP/RR**
CPF: 004.538.812-11 **Endereço:** Rua Peixoto Bento **Nº:** 246
Bairro: Santa Terezinha **CEP:** _____ **Município:** _____
Telefone: (95) 99152-2893 **E-mail:** cleudianne.borges.24@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, 14 de outubro de 2020.

X Cléudianne 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: elendianne da Silva Borges
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteira
Profissão: Autônomo RG: 37.6247-5 SSP/RR
CPF: 004.538.812-11 Endereço: Rua: Peixe bento Nº: 446
Bairro: Santa Terezinha CEP: - Município: Boa Vista / RR
Telefone: (45) 99152-7893 E-mail: elendianneborges24@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 elendianne da Silva Borges

Declarante

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Cludianne da Silva Borges

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Entregadora

IDENTIDADE: 376247-5 SSP-RR

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

OUTORGADO

NOME: Ideir Inácio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 134.807 SSP/RR

ENDEREÇO: Rua. Antônio Linheiro Galvão, 1832, Buritis

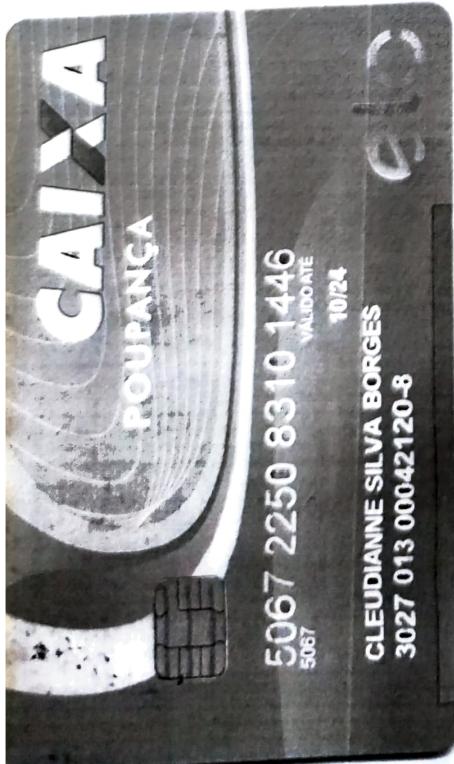
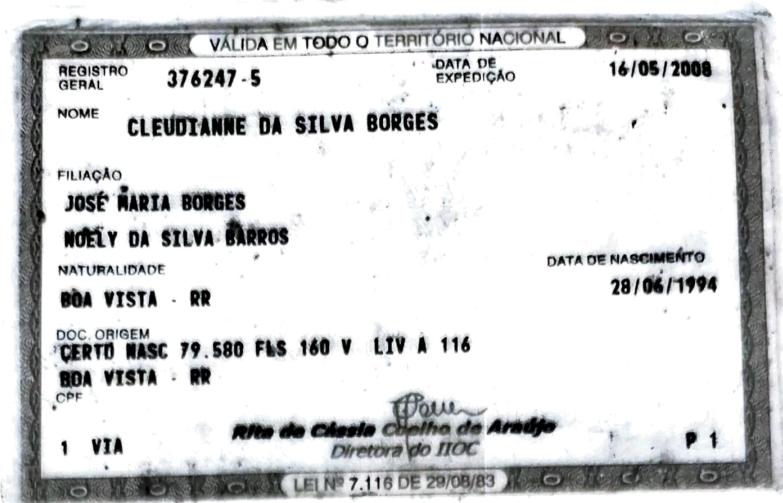
Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 12/03/2020, cobertura Incêndio, vítima:

Cludianne da Silva Borges.

* Cludianne da Silva Borges

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 11 DE Agosto /2020.



Seguradora Líder-DPVAT Acomp X | Proevo DPVAT | Carta de pendênc X | Caixa de entrada - inacioiloir@g X | Lista de Faturas

→ 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



Visto:



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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 Policia: 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: POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)
--

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

Vl.

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

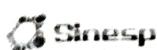
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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 Veiculo	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 CONVERSÃO 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 PERNAS 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

RIS: 0

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

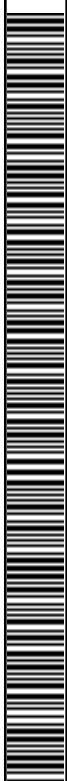
Matrícula 0712925

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 ontem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia 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.tirr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSSX CBQU9 NQABJ JPWBV



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1 ^a Classificação	Reclassificação	Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.

2001229895	12/03/2020 13:15:35	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	17			
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
CLEUDIANNE DA SILVA BORGES		28/06/1994	25 A 8 M 14 D	706203078127062				
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade	
IDENTIDADE	376247	SSP/RR	25/02/2014	F		PARDA	BRASILEIRA	
Mãe					Pai		Contato	
NOELY DA SILVA BARROS					NI		(95) 99120-8821	
Endereço	RUA - PEIXE BOTO - 4446 - SANTA TEREZA - 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	Type de Chegada			Procedimento Sol.		Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL					ANTONIA.SOARES		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i>Perdeu os dentes</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>Coliseu moto + cair, dor em ponto de ferida (o) + trauma contuso em região supraorbital.</i>							
Exame Físico	D : nem	C : nem	E : nem					
	D : nem	D : nem						
Hipótese Diagnóstica	<i>Q da unidade encontrou quebrado (as 13:16).</i>							
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PREScrição <i>① Doprone 1g EN agora ② Tito tif zeng EN agora ③ Fratiz 600 ouas mero 13:30 ④ Iva 250 mg oras qd</i>				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
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	() IML Anatomia Patológica / / : :						
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico				
Impresso por: antonia.soares Data/Hora: 12/03/2020 13:16:54				 2001229695				

Possui vítima de ocorrência de hemorragia, operando-se
edema em região periorbital (D) com fraturas em face.
Aguardando avaliação (conduto) da ortopedia para
liberação do especialista para condução do atendimento.
No momento aos cuidados da ortopedia.

Dra. Juliene Manque,
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO/RR 1271
55.20

Ortopedia

Vítima apresenta alterações
a) fratura em face + fx肱骨 (E)
+ fx femur (D).
ch. desvios ponto + fratura femur.
junto.
Socorrer paciente na forma mais
dinâmica e segura.

Dr. Marcus Brunner
CRM-MR 1917

Sheila
CIRURGIA ORTOPEDICA
14 SET. 2020



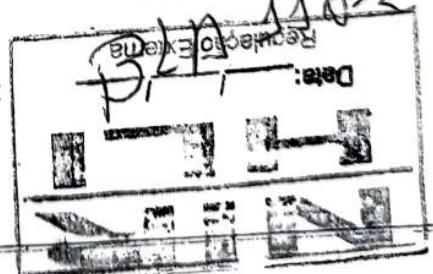
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 PRESCRIÇÃO MÉDICA



PACIENTE	DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
AGNÓSTICO	Chevignonne da Silva Barreto ft face + ft fendo + perna (c)		
ALERGIAS		NEGA	NEGA
IDADE	LEITO	DM2	DATA 12/10/20
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	20/10/2020	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	16:46:10	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ	16:46:10	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	16:46:10	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	16:46:10	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	16:46:10	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	16:46:10	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	16:46:10	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	16:46:10	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	16:46:10	
13	SSVV + CCGG 6/6 H	16:46:10	
14	CURATIVO DIÁRIO	16:46:10	
15	TENOXIQUIN 20 mg VO 12/12h	16:46:10	
16	ACEVONTE 40g SC 1x/mais	16:46:10	
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 MEDICA:
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:



MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H.	122/88	82	36.2

OB: 122x70 85
 30:00 T: 36.2°
 FC: 78
 FR: 22
 SpO2: 100%

O paciente admitido no
 bloco as 21:30, redizado
 SSVV + medicamentos de
 horários, tico de fralda

Waldes A. Oliveira
 Técnico de Enfermagem
 COREN-RR 903.996 TE

Sheila
 CONFIRMADO
 14 SET. 2020

Cleudiane

118-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
PACIENTE	DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
AGNÓSTICO	10/10/2020				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	16-2	DATA	13/10/20
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Maintida
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				17/10/2020
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ				18/10/2020
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				19/10/2020
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				S/N
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				19/10/2020
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				20/10/2020
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				21/10/2020
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				22/10/2020
13	SSVV + CCGG 6/6 H				23/10/2020
14	CURATIVO DIÁRIO				24/10/2020
15	Cauda de Dor no lado esquerdo				25/10/2020
16	Cauda de Dor no lado direito				26/10/2020
17	Cauda de Dor no lado direito				27/10/2020
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 MEDICA:

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:

24. August 2010
 Orthopädie - S. de Reumatologia
 CRM-RR 1964

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	13x9	81	-
18 H	14x11.81	87	36.5°C
24 H	15.2/17.3	78	-

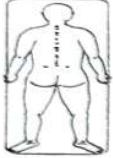
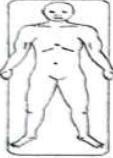
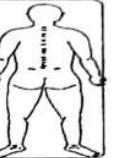
MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

11: Paciente no leito, m c.p. Vérpuco ssu. re
 intercorrências aux. Roniela.

24hs: Paciente relata que sente dormência no
 lado direito, sente bastante tensão no

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 HGR Hospital Geral de Ribeirão Preto	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente:	<i>Eleudianne Borges</i>		
		Leito:	118.02	Data:	13/03/2020

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





GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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 e FEMUR D			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	118-2	DATA 15/03/2020	
ITEM	HORÁRIO			
1	DIETA ORAL PASTOSA	SW		
2	AVP	15°		
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	15°		
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	15°		
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H	15°		
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	15°		
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SW		
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR I	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 FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	62	18	36°C	
18 H	110/70	89	-	36.4°C
24 H	100/80	86		36°C

Original
14 SET. 2020

15 03 Plantação diurna(07h - 19:00h). Paciente acamada no leito. Realizada troca de AVP, plco n° 22 em MSD.
2020 Administrada as medicações de rotina. Téc. em Enfermagem
15/03/2020 Paciente no leito referindo-se ao humor. Gestante.
Gelcivânia da C. Lima
Técnica de Enfermagem
COREN-298.776
Maria Jesus Silva Duas
Téc. em Enfermagem



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 e FEMUR D		
ALERGIAS			
IDADE	HAS	DM2	
ITEM	LEITO	DATA	16/03/2020
1	DIETA ORAL PASTOSA		HORÁRIO SNO
2	AVP		MANHÃ
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA		16
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H		12 26
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H		12 18
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		OE
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N		S.N.
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IM		S.N.
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		S.N.
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		S.N.
11			
12			
13	CURATIVO		ROTINA
14	SSVV + CCGG 6/6H		ROTINA
15	AO HC		
16	<u>SE DIABÉTICO</u> 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 FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS
 ÁLGICAS.

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	120x82	78	36
18 H	130x80	80	35.8
24 H	117181	91	36

DON MARTINS
 MÉDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM 2038 RR

L. P. Martins - Ortopedista - RJ
Grau II - Ortopedista - RJ

Don Martins de S. L. - RJ
 Tel: Enf: 5533-9342 - TE:
 COREN-RR 633.942-TE



ESTADO 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 e FEMUR D		
ALERGIAS			
IDADE	HAS	DM2	
ÍTEM	LEITO	118-2	DATA 14/03/2020
1	DIETA ORAL PASTOSA		HORÁRIO
2	AVP		Su D
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA		MANHÃ 07:00
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H		07:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H		07:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		07:00
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N		Su
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR I		Su
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		Su
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		Su
11			
12			
13	CURATIVO		Ronina
14	SSVV + CCGG 6/6H		Ronina
15			
16			
<u>SE DIABÉTICO</u> 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 FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

06h .PD: 105x62 P.85 T.36,5

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE
6 H	PA	FC	FR	CRM-RR
12 H	150/70	76	—	36,6
18 H	119/70	83	—	36,9
24 H	102x70	72		36,0

RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA

ZUN. ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOSA
 Periodo SSVN

18 horas: Realizadas as
 16s Cep.m malha

Marinanda S. Ribeiro
 Aux. Enfermagem
 COREM: 043001966



NIR

Anexo I

161031202

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde		NIR		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE		7 - N.º DO PRONTUÁRIO		
Cheyanne da Silva Borges		178862		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		
706203078127062		28/06/99		
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		
Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 2		Noely da Silva Borges		
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)		
95991268821		Rua. Pepe Bote 9446 Santa Terezinha		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF		
Beira Vista		14000 RR		
16 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
Dois nódulos duros em face + f+ punho () + f+ fêmur ()				
18 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
Tudo normal.				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
f+ face + f+ fêmur + nódulos ()				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL 21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
f+ face + f+ fêmur + nódulos ()				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				
INTERNAÇÃO				
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				
ONTOGENIA INIBIDA () CNS () CPF				
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
Dr. Marcus Brunner Medico CRM-PR 1917				
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - N.º DO BIHETE 38 - SÉRIE				
12/03/2020				
39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR				
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO				
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR 45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
() CNS () CPF				
46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
0308010019				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
17/10/2020 5028 5525 5723				
T068 V799				

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

DATA: 16/10/2020

PACIENTE: CLEODIANNE PA SILVA Borges DN: 2810694

DIAGNOSTICO(S): fx Punto (C) + fx Fémur (D)

10
M3-2

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 TRANSFERNCIA (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/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: _____

TERAPIA INSTITUIDA: ATB

ATO conservador p/ PLANO (P)
BEG, Lote, co e lata, evanescen

EVOLUÇÃO CLINICA:

S/ MATERIAL clín. na sucomax no

AB. clinica ortopédica 25/04/2020

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

Dr. Lael Silva
Médico

CRM/RN: 20151

CRM 20151 RN

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Medico Regulador



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

Eu Cláudia Nere da Silva Borges CPFnº 004.538.812-11

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumpri 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 médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirme que recebi explicações, li, comprehendo, 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: Cláudia Nere da Silva Borges

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPFnº: _____

Grau de Parentesco: _____

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

Confirme 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 _____, Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM: _____ / _____

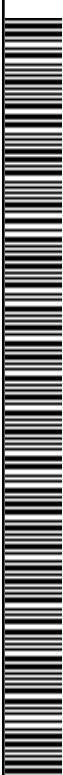
Dr. Fabiano Franco
CRM: 1414
CRF: 1231 RR
16 MAR. 2020

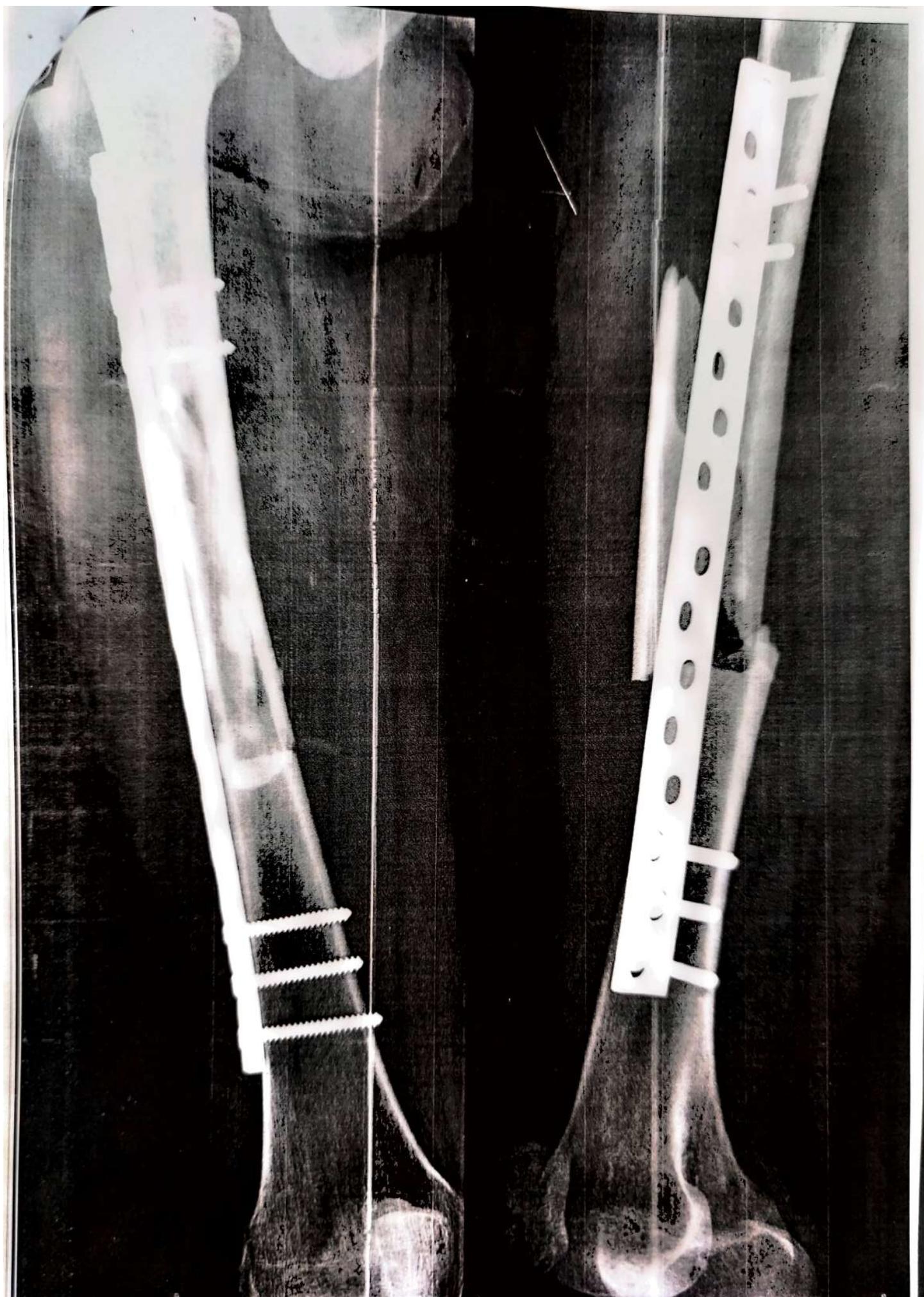


CLEUDIONNE DA SILVA BORGES 4328

HOSPITAL CORONEL MOTA

Vison





04/2020

CLEUDIANE DO S. BORGES

3441

HOSPITAL CORONEL MOTA

Ana Quezia

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTJV BNE3R RSRVR Y4KMK



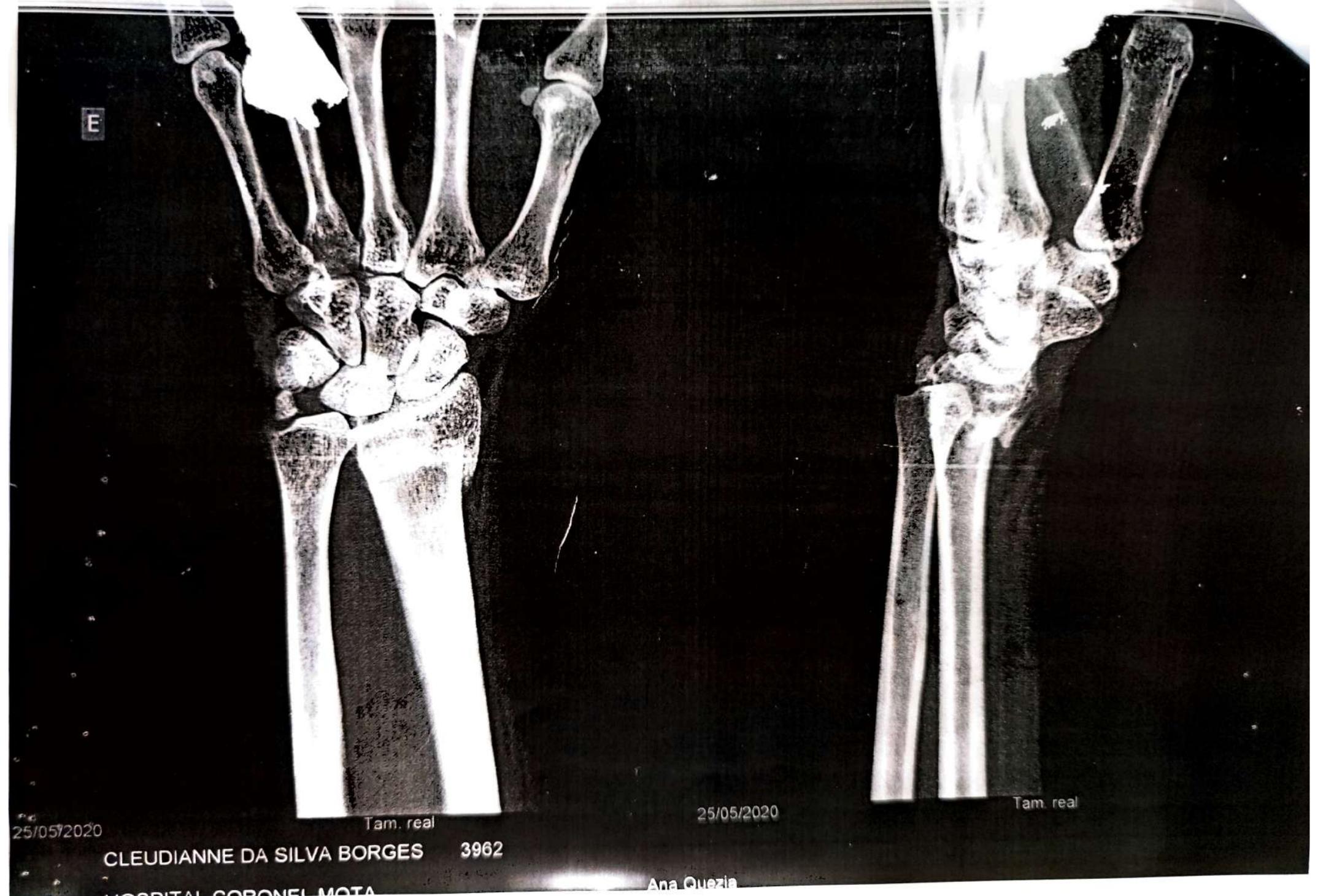
CLEUDIONNE DA SILVA BORGES

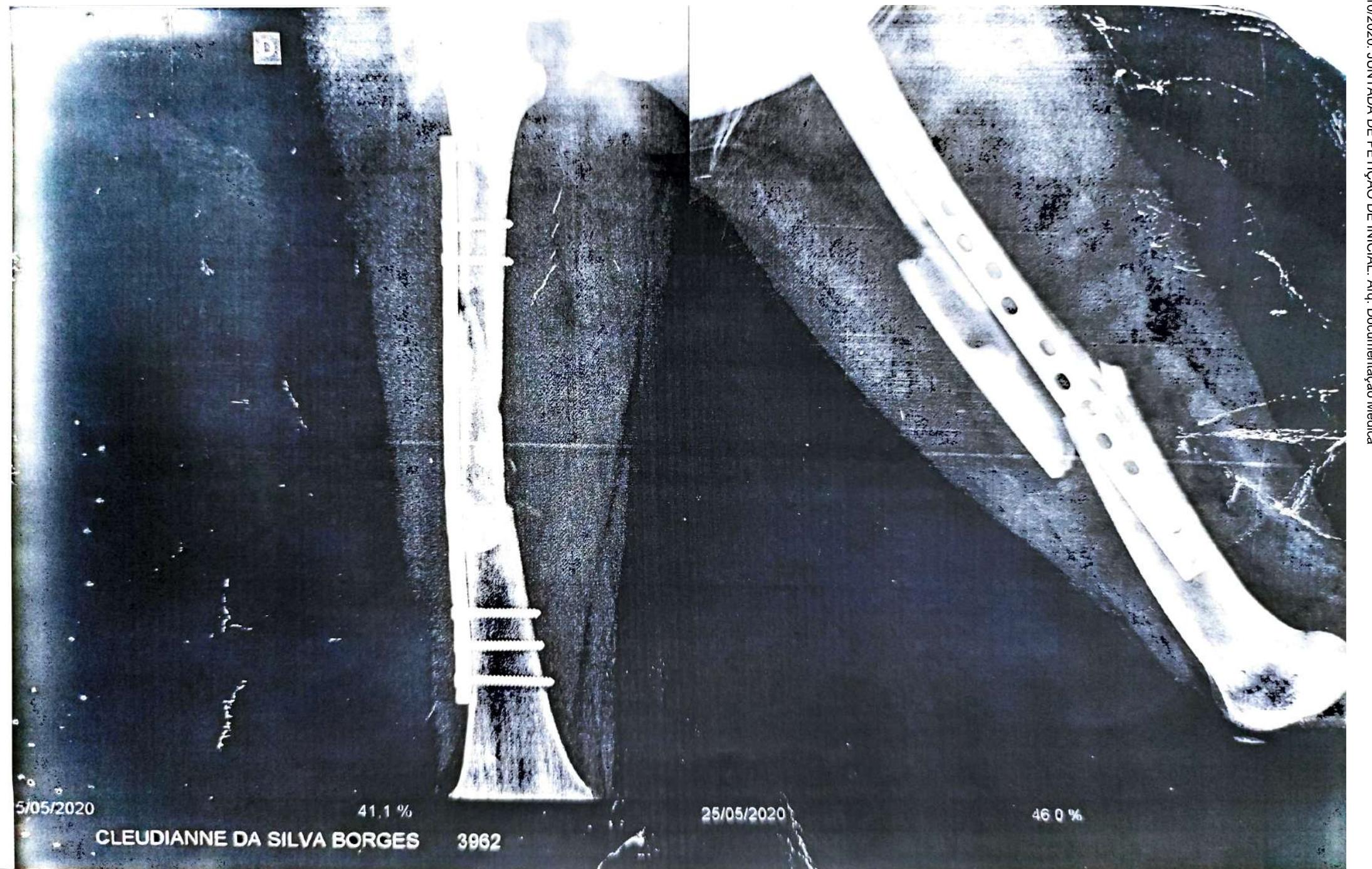
4328



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





5/05/2020

41,1 %

CLEUDIANNE DA SILVA BORGES

3962

25/05/2020

46,0 %



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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Cludianne 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:	Cludianne da Silva Borges		6 - CPF: 004.538.812-11	
7 - Profissão: entregador	8 - Endereço: Rua: Peixe bato	9 - Número: 446	10 - Complemento: KK	
11 - Bairro: Santa Terça	12 - Cidade: Boa Vista	13 - Estado: RR	14 - CEP:	
15 - E-mail: ILOI RRR@HOTMAIL.COM	16 - Tel.(DDD): (05)08404-5363			

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)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

NÃO ALFABETIZADO

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,

Bon Jista - RR 16/09/2020
x Cludianne da Silva Borges

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Enc 001 0001/2010

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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/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 Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Cléudianne da Silva Borges inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.538.817 / 11,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Cléudianne da Silva Borges

inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.538.812 / 11, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

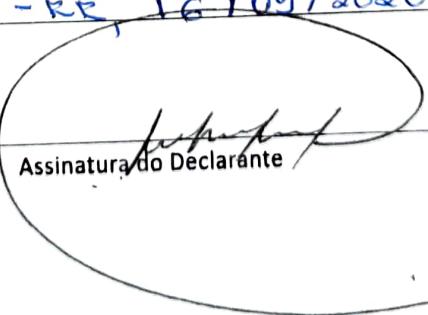
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Zerites</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.303-209</u>
E-mail:	<u>TLOIBRR@HOTMAIL.COM</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



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					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

