

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:
2926194820201202174239

Processo 0828222-98.2020.8.23.0010 ☆ - (30 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9996 - Acidente de Trânsito

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais Informações Adicionais Partes Movimentações Apensamentos (0) Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência

Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Advogado NPJ ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao **Data do Movimento(Período):** à **Descrição:**

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
	9	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2766516CONTESTACAO01.pdf	Público
9.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2766516CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
9.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
8	19/11/2020 14:34:06	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 19/11/2020 referente ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	7	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária
	6	CONCEDIDO O PEDIDO	DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS Magistrado
5	02/11/2020 12:10:09	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	02/11/2020 12:10:09	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	02/11/2020 12:10:09	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	02/11/2020 12:10:08	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
	1	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	VICTÓRIA FRACALOSSI DE MELO Advogado

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
TANIA HELENA FRACALOSSE DE MELO

DOC. IDENTIDADE (RG), EMBOSCARTE
488049 531 RR

CPF
421.026.772-49

DATA NASCIMENTO
15/01/1972

PROCAÇÃO
JUNELSON FRACALOSSE
MARIA ADNA FRACALOSSE

PERMISSÃO
AUC
CATHAR
AB

Nº REGISTRO
02798991920

VALIDADE
04/12/2023

V-HABILITACAO
17/02/1993

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
06/12/2018

ANTONIO FRANCISCO BENEFERIA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE
PVT/RR

ASSINATURA DO EMISSOR

48826851445
RR209348547

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1747870879

PROIBIDO PLASTIFICAR
1747870879

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
909981959

NOME
ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE (ORG. STATES/UF)
122664 SSP RR

CPF
311.623.632-15

DATA NASCIMENTO
10/12/1966

FUNÇÃO
NOME EM BRANCO
MANOELA BRAGA DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CATHAR AD

Nº REGISTRO
04889791293

VALIDADE
24/09/2019

1ª HABILITAÇÃO
01/03/2010

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador
Antonio Braga de Oliveira

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
11/12/2014

49562491378
RRL207725659

PRIMEIRO PLASTIFICAR
909981959

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175281/20

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF: 311.623.632-15

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO : 421.026.772-49

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

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA : 311.623.632-15

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: 24/06/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
CPF: 421.026.772-49

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200226582 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO POLEGAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO POLEGAR ESQUERDO.

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 MODERADA DO POLEGAR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 01, 06, 07 E 20.

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200226582 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO POLEGAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO POLEGAR ESQUERDO.

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 MODERADA DO POLEGAR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 01, 06, 07 E 20.

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Antonio Braga de Oliveira ESTADO CIVIL: casado
NACIONALIDADE: Brasileira RG: 12.266.64
PROFISSÃO: _____
CPF: 311.623.632-15 ENDEREÇO: Av. Jaba Cuiaba
BAIRRO: Carana CIDADE: Boa Vista
CEP: 68.313-618

VÍTIMA: _____

DATA DO SINISTRO: 27/10/2019

CPF: _____

NATUREZA: _____

OUTORGADA:

NOME: Tânia Helena Lascabessi de Melo
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: Autônoma ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RO
Nº DO RG: 488049
DATA DE EMISSÃO: 09/07/92
Nº CPF: 121.026.772-49
ENDEREÇO: R: Antônio Augusto Martins, nº 347

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Previdência, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

CARTÓRIO LOUREIRO

Boa Vista, 13 de novembro de 2019

Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTADOR
AV. VILLE ROY, Nº 5534 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (93) 3624-0297 - ATENDIMENTO: CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC. VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
LQ (PROV. JÚR.) - ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

LQ: Em testemunho da verdade Boa Vista, 28/11/2019
Emol: 7,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10, Vlr: R\$ 01,2
Selo: RECFIR15834523VDPNTSV616WY72 Nº Ticket: 00438
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 31162363215

Dr. Joziel Loureiro
Tabelião Substituto
Cartório Loureiro



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: 3200 226582 3 - CPF da vítima: 311.623.632-15 4 - Nome completo da vítima: Antônio Braga de Oliveira

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

5 - Nome completo: Antônio Braga de Oliveira 6 - CPF: 311.623.632-15
7 - Profissão: Contador 8 - Endereço: Av. Jabaí Cunha 9 - Número: 550 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Canaã 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-618
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 9519118-4505

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itaú
AGÊNCIA: 1352 CONTA: 11448
(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

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, 30/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175281/20

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF: 311.623.632-15

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 27/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO : 421.026.772-49

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

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA : 311.623.632-15

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: 24/06/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO
CPF: 421.026.772-49

TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175281/20

Número do Sinistro: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF: 311.623.632-15

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 27/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA : 311.623.632-15

Autorização de pagamento

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: 10/07/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO
CPF: 421.026.772-49

TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01352

CONTA: 000000011448-0

Autenticação:

2D033B04A9907FD32C9D529B3495BE7637B68365FAE0249FCDC6F2C9F2AC8169





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, 29 de Junho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

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, contatos 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 15897209



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, 02 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue informa endereço diferente do comprovante de residência.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15907241



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, 30 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200226582**

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSI DE MELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000001352

Conta: 0000011448-0

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 33921

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ Divorçado ☐ 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, 10/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

07/07/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 05/2020 referente a UC: 313025



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: 5242997

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

AV SABA CUNHA, 550 ,

CARANA

69313618 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 313025	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 23-APR-20 a 21-MAY-20
CONSUMO (kWh) 292	VENCIMENTO 15-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 255,76

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

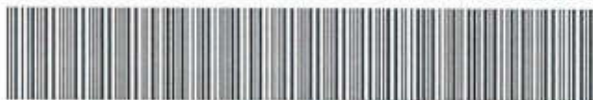
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 313025	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 255,76
------------------------	----------------	-----------------------------

836600000027.557600750003.000000000315.302505200055





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 037546/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/10/2019 21:05 Data/Hora Fim: 27/10/2019 21:22
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 0690012 Data: 27/10/2019
Delegado de Polícia: Alexandre Henrique de Matos Lima

DADOS DA Ocorrência

Afeto: 2º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 27/10/2019 19:23

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Asa Branca
Logradouro: Av. Ataíde Teive c/ Av. Imigrantes

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CHARLES DIAS DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 41 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Policial Militar
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Sem Informação Nome do Pai: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA JORGE FRAXE Nº: 1051
Bairro: Caímbé

Nome Civil: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 10/12/1966 Idade: 53 anos
Naturalidade: MA - Vitória do Profissão: Vigilante Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Manoela Braga de Oliveira
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 311.623.632-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Av. Sabá Cunha Nº: 550
Bairro: Caraná

Nome Civil: CARLOS RIAN LIMA BRAGA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade:
Profissão: Estudante



Delegado de Polícia Civil: Alexandre Henrique de Matos Lima
Impresso por: José Maria de Souza Moura
Data de Impressão: 07/01/2020 12:26
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037546/2019

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 122664

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Sabá Cunha

Bairro: Caranã

Nº: 550

Nome Civil: JENESSIS FIGUERA JOSÉ GONZALEZ (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Venezuelana

Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Princesa Isabel

Bairro: Santa Tereza

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 311.623.632-15

Placa NAO5391

Renavam 01107511132

Número do Motor KD08E1H410845

Número do Chassi 9C2KD0810HR410839

Ano/Modelo Fabricação 2017/2016

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 17/01/2017

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Antonio Braga de Oliveira

Proprietário

Grupo Outros Meios de Transporte

Subgrupo Bicicleta

Fabricação Nacional

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Jenesis Figuera José Gonzalez

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Compareceu neste Distrito Policial, uma Guarnição da Polícia Militar, para apresentar o ROP/PM: 0690012 SÉRIE J, relatando uma ocorrência de acidente de trânsito, conforme relato a seguir:

Informo que Fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito no local supracitado. No local, o referido acidente envolveu uma motocicleta e uma bicicleta. Segundo o item 01 (Antônio), que conduzia a motocicleta Honda Bros, placa NAO-5391, juntamente com o item 02 (Carlos) na garupa, disse que conduzia sua motocicleta na Avenida dos imigrantes e que ao passar pelo cruzamento (sinal aberto) com a Avenida Ataíde Teive bateu no item 03 (Jenesis) que trafegava numa bicicleta no sentido contrario da Avenida Ataíde Teive. Todos os envolvidos foram socorridos pelo Corpo de Bombeiros e também pelo Samu até o HGR. Os itens 01 (Antônio) e 03 (Jenesis) apresentavam escoriações pelo corpo e o item 02 com uma possível fratura na perna direita. A motocicleta do item 01 (Antônio) ficou aos cuidados do senhor Antônio Natal Nogueira da Cruz (amigo), RG 4656466-RR, CNH 02213459016, endereço: Rua São Matheus, 65 e Cinturão verde. A bicicleta do item 03 (Jenesis) ficou aos cuidados da senhora Jeniffer Rodríguez, cédula 25568425; endereço: Rua Raimundo Filgueiras, 1338- Buritis. Era o que tinha a relatar.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 037546/2019

ASSINATURAS

Eraldo Pereira Maia
Agente de Polícia
Matrícula 42000183
Responsável pelo Atendimento

DAT
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA. 07/01/2020
ASSINATURA

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima asseridas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 336-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

PMRR- 1º BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SERIE J

Nº 0690012

Vtr 137	SUCp 1ºBPM	Data 27/10/2019	S/Setor LESTE	H/Transm	H/Ini 19:23	CH/H 19:29	H/Fim 21:10	
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13023/13999	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini. 139.570	Km/Fin 139.576				

LOCAL DE OCORRÊNCIA

LOCAL **Avenida Ataíde Teive c/ Avenida Imigrantes.** Bairro: **Asa Branca**

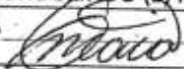
Refe.:

PESSOAS RELACIONADAS

1	Envolvido	Nome: Antônio Braga de Oliveira.	Idade: 53	E. Civil: Casado
Endereço: Avenida Sabá Cunha, 550 – Caraná.				
Edt. R.G		122.664-RR	CNH	04889791299
CPF			Profissão:	Porteiro
TEL				
2	Envolvido	Nome: Carlos Rian Lima Braga.	Idade: 18	E. Civil: Solteiro
Endereço: Avenida Sabá Cunha, 550 – Caraná.				
Edt. R.G		442368-2-RR	CNH	
CPF			Profissão:	Estudante
TEL				
3	Envolvido	Nome: Jenesis Figuera José Gonzales.	Idade: 31	E. Civil: Casada
Endereço: Avenida Princesa Isabel – Santa Tereza. (Não soube informar o numero da residência)				
Edt. R.G			CNH	
CPF			Profissão:	Autônoma.
TEL 95 98409-0697				

MATERIAIS APREENDIDOS

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S):

ASSINATURA  CARGO **A - Policia** LOCAL **2º DP**

HISTORICO

Senhor (a) Delegado (a) do 2º Dp:

Informo que Fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito no local supracitado. No local, o referido acidente envolveu uma motocicleta e uma bicicleta. Segundo o item 01, que conduzia a motocicleta Honda Bros, placa NÃO-5391, juntamente com o item 02 na garupa, disse que conduzia sua motocicleta na Avenida dos imigrantes e que ao passar pelo cruzamento (sinal aberto) com a Avenida Ataíde Teive bateu no item 03 que trafegava numa bicicleta no sentido contrario da Avenida Ataíde Teive. Todos os envolvidos foram socorridos pelo Corpo de Bombeiros e também pelo Samu até o HGR. Os itens 01 e 03 apresentavam escoriações pelo corpo e o item 02 com uma possível fratura na perna direita. A motocicleta do item 01 ficou aos cuidados do senhor Antônio Natal Nogueira da Cruz (amigo), RG 4656466-RR, CNH 02213459016, endereço: Rua São Matheus, 65 – Cinturão verde. A bicicleta do item 03 ficou aos cuidados da senhora Jeniffer Rodriguez, Cédula 25568425; endereço: Rua Raimundo Filgueiras, 1338- Buritis.

Era o que tinha a relatar.


CHARLES DIAS DOS SANTOS

41.150-7

CADASTRO

AL SGT PM

Posto/Graduação

1º BPM/CPC

SUOp



Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 33921

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ Divorçado ☐ 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, 10/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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: 3200 226582 3 - CPF da vítima: 311.623.632-15 4 - Nome completo da vítima: Antônio Braga de Oliveira

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

5 - Nome completo: Antônio Braga de Oliveira 6 - CPF: 311.623.632-15
7 - Profissão: Porteiro 8 - Endereço: Av. Jaba Cunha 9 - Número: 550 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Casanova 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-618
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (95) 99118.4505

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 33009

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vencido)? ☐ 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, 06/07/2020

Antônio Braga de Oliveira


41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

João H. P. Melo

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CPF: 000.000.000-00



RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão José Bonfim, 681 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.670/0001-44 | Insc. Estadual: 24.907.023-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imposto autorizado pelo DEFAZ 368/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0031302-5

CONTA MÊS

OUTUBRO/2019

VENCIMENTO

15/11/2019

CONSUMO (KWH)

335

TOTAL A PAGAR (R\$)

252,15

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

AV. SERRA CINZA, 550 - CARUANA

CNPJ: 00031162363215

CNPJ: 69.212-610 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual: 335

Anterior: 0

Dias de consumo: 33

Constante de Multiplicação: 1.000

Consumo medido: 335

Consumo Faturado: 335

DATAS DA LEITURA

Atual: 23/10/2019

Anterior: 20/09/2019

Próxima leitura: 23/11/2019

Emissão: 22/10/2019

Apresentação: 23/10/2019

K: 7.001.15.05.441.000

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: B

Classificação: RESID. BA. RENDA

Ligação: 01

Número Medidor: TUB1738835

Forma de Faturamento: NORMAL

Modalidade: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	30 A R\$	0,262144 =	7,86
	70 A R\$	0,449385 =	31,45
	120 A R\$	0,674084 =	80,89
	115 A R\$	0,748975 =	86,13
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	-	49,81	10,82
RELIÇÃO			0,05
CORREÇÃO MONETARIA DA 07/19-00			0,48
CORREÇÃO MONETARIA IG 07/19-00			1,53
MULTA POR ATRASO DE 1 07/19-00			0,42
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00			0,95
MULTA POR ATRASO 07/19-00			0,29
JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00			25,28
ILUMINACAO PUBLICA			

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 30 - 0.217588

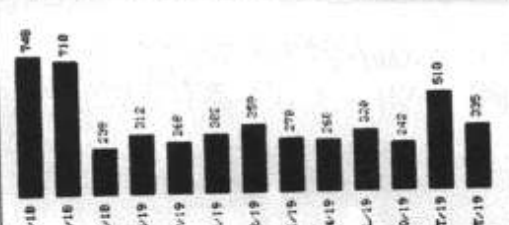
31 A 100 - 0.372990

101 A 220 - 0.559490

221 A 335 - 0.621650

Média 12 meses: 229

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Mês/Ano	Valor R\$
OUT/18	229
NOV/18	229
DEZ/18	229
JAN/19	229
FEB/19	229
MAR/19	229
ABR/19	229
MAY/19	229
JUN/19	229
JUL/19	229
AUG/19	229
SET/19	229
OCT/19	335

⚠

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 09/2019 Valor R\$ 387,06

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/11/2019, em função das contas reavistadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavistada(s) no valor de R\$ 160,36 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsidar este aviso.

PRODUTOR RURAL. ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26





Nº da Conta: 0367721053
Mês de referência: 09/2019
Período: 06/08/2019 a 05/09/2019
Data de emissão: 08/09/2019

TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefonica Brasil S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
I.E.: 240108635
CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62
CNPJ Filial :02.558.157/0016-49

Vencimento
21/09/2019





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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Tânia Helena Lucena de Melo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 521.026.772 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio Braga de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.623.632 / 15,

do sinistro de DPVAT cobertura Lucrativa da Vítima Antônio Braga de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.623.632 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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:	Número:	Complemento:
<u>R: Antônio Augusto Martins</u>	<u>347</u>	<u>Caras</u>
Bairro:	Estado:	CEP:
<u>João Francisco</u>	<u>RR</u>	<u>69.905-270</u>
E-mail:	Tel. (DDD):	
	<u>(95) 99.39-8405</u>	

Local e Data: Bea Vista, 10/09/2020

Tânia H. L. de Melo

Assinatura do Declarante

27/10/2019

... 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
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

NOTURNO 19- 26

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: **ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA**
Data Nascimento: **10/12/1966** Idade: **52 A 10 M 17 D** CNS: **705006411262751** CPF: **31162363215**
Tipo Doc: **IDENTIDADE** Documento: **122664** Órgão Emissor: **SSP/RR** Data Emissão: **03/11/1997** Sexo: **M** Estado Civil: **SOLTEIRO/APARDA** Raça/Cor: **MA** Nacionalidade: **VITORIA DO MEARIM BRASILEIRA**
Mãe: **MANOELA BRAGA DE OLIVEIRA** Pai: **ND** Contato: **(95) 99118-4505**
Endereço: **AVENIDA - SABA CUNHA - 664 - CARANA - BOA VISTA - RR** Ocupação:

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:
Setor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **RESGATE** Procedimento Sol.: Registrado por: **ELIENE**
Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC
AO: 1234.RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL **15**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **14h**) **Paciente urtine de acidente de trânsito com lesão no tórax e abdômen.**

Exame Físico **Dor leve no tórax e abdômen em punho/mão.**

Hipótese Diagnóstica **Trauma contuso**

SADT - Exames Complementares
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

1) Dor: anal 1g
2) Tetrat 20mg
3) Crostino

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: **Ortopedia**

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: **11/10/2019**

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: **eliene**
Data Hora: **27/10/2019 20:17:54**

Fenild BARCA
Anestesiologista
Iden. MIP 0108601378



Cx 29

FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA

AV GLAYCON DE PAIVA , 1027

SAO VICENTE , 99999-999 , BOA VISTA , RR

Fone: (095) 3198-8400 C.G.C. 84.112.481/0008-93

HomePage www.unimedfama.com.br

Fatura Hospitalar - 00032539

Nome do Paciente		Data de Nascimento		Sexo	
ANTONIO BRAGA OLIVEIRA		10/12/1966		Masculino	
Endereço		Número			
SABA CUNHA		550			
Complemento		Bairro			
CASA		CARANÁ			
CEP	Município				UF
69313-618	BOA VISTA				RR
Telefone	CPF	Identidade	Orgão Emissor	UF	
9591184505	31162363215	122664	SSP	RR	
Responsável			Prontuário		
			00008126		

Convênio		Plano				
UNIMED INTERCAMBIO		UNIMED INTERCAMBIO ENF				
Guia	Matrícula	Senha	Dt. Início	Dt. Fim		
4024385		4154264	06/11/2019	07/11/2019		
Observação						
Atendimento	CID	Leito	Dt. Entrada	Hr. Entrada	Dt. Saída	Hr. Saída
00015785		000041	06/11/2019	17:42	07/11/2019	16:00

Procedimento
Equipe
MÉDICO RESPONSÁVEL

Descrição	Total R\$
DIARIAS - BLOCO E	450,00
	450,00
GASES MEDICINAIS - CENTRO CIRURGICO	46,08
	46,08
TAXAS DIVERSAS - CENTRO CIRURGICO	765,55
	765,55
MEDICAMENTOS - BLOCO E	113,99
CENTRO CIRURGICO	445,48
	559,47
MATERIAIS - BLOCO E	46,27
CENTRO CIRURGICO	110,22
	156,49
Total da Fatura	1.977,59

Ray Saraiva
Enfermeiro Auditor
COREN-RR 470426
UNIMEDFAMA

CONFERE COM ORIGINAL

cx 29



www.unimedbv.com.br
Av. Glaycon de Paiva, 1027
69303-340 São Vicente, Boa Vista - RR
T. (95) 3198-8400



TERMO DE INTERNAÇÃO

DATA: 06/11/2019

HORA: 17:42

USUÁRIO: LEVY BRITO

Atendimento: 00015785

PRONTUÁRIO: 00008126

LEITO: E03

DADOS DO PACIENTE:

NOME: ANTONIO BRAGA OLIVEIRA

SEXO: Masculino

DOCUMENTO:

PAI:

RELIGIÃO:

CELULAR: 95991184505

TELEFONE: 9591184505

ENDEREÇO: SABA CUNHA, 550

BAIRRO: CARANÁ

CIDADE: BOA VISTA

RESPONSÁVEL:

CPF DO RESP.:

RG DO RESP.:

TEL. DO RESP.:

DATA DE NASC.: 10/12/1966 52 a 11 m 1 d

CPF: 31162363215

NACIONALIDADE:

MÃE: MANOELA BRAGA DE OLIVEIRA

PROFISSÃO: OUTROS

CONVÊNIO: UNIMED INTERCAMBIO I

MATRÍCULA: 8650001129356004

GUIA:

SENHA:

MÉDICO: BRUNO FIGUEIREDO

CRM: 1047

ESPECIALIDADE:

TIPO DE INTERNAÇÃO:

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: FRATURAS E/OU LUXACOES DE FALA

OBSERVAÇÃO: N Tinha Art Disponível.

ATESTO QUE NO ATO DA INTERNAÇÃO RECEBI ORIENTAÇÕES SOBRE O REGULAMENTO INTERNO DO HOSPITAL UNIMED PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES. E QUE DAREI CIÊNCIA ÀS NORMATIVAS NELE CONTIDAS, ME COMPROMETENDO A LER E A CUMPRIR A TODAS AS NORMAS QUE O HOSPITAL ESTABELECE.

ACOMPANHANTE: Roberto Rodrigues

Roberto Rodrigues
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

CONFERE COM ORIGINAL



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2-Nº Guia no Prestador
122025144

Nº do protocolo:

Status: RESPONDIDA

1-Registro ANS 313971	3-Número da Guia Atribuído pela Operadora 4024385	4-Data da Autorização 07-11-2019	5-Senha 4154264	6-Data Validade Senha 06-01-2020
Dados do Beneficiário				
7-Número da Carteira 865 0001129356004	8-Validade da Carteira 31/10/2021	9-Atendimento de RN N		
10-Nome ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA			11-Número Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante				
12-Código na Operadora / CNPJ 1360082	13-Nome do Contratado FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA - FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES COOPERAT			
14-Nome do Profissional Solicitante BRUNO FIGUEIREDO	15-Conselho Profissional CRM	16-Número Conselho 1047	17-UF 14	18-Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				
19-Código na Operadora/CNPJ 1360082	20-Nome do Contratado FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA - FEDERAÇÃO DAS			21-Data Sugerida 06/11/19
22-Caráter do Atendimento 2 1-Eletiva 2-Urgência/Emergência		23-Tipo de Internação 2 1-Clinica 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica		
24-Regime de Internação 1 1-Hospitalar 2-Hospital-dia 3-Domiciliar		25-Qtde. Diárias 1	26-Previsão Uso N	27-Previsão Uso de Quimioterápico N
28-Indicação Clínica Paciente com luxação no pelega esquerdo com muita dor necessitando internar para procedimento de emergência.				
29-CID 10 Principal	30-CID 10 (2)	31-CID 10 (3)	32-CID 10 (4)	33-Indicação de Acidente 2 0-Trabalho 1-Trânsito 2-Outros 9-Não
Procedimentos Solicitados				
34-Tabela	35-Cód do Procedimento	36-Descrição	37-Qtde	38-Qtde. Status
22	30722438	Fraturas e/ou luxações de falanges	1	
22	30722551	Plastica ungueal	1	
18	60000635	DIÁRIA DE ENFERMARIA COM ALOJAMENTO	1	
Dados da Autorização				
39-Data Provável da Admissão 06/11/2019		40-Qtde. Diárias Autorizadas	41-Tipo da Acomodação Autorizada	
42-Código na Operadora/CNPJ	43-Nome do Prestador Autorizado			44-Código CNES
45-Observação				
46-Data Solicitação 06/11/19	47-Assinatura Profissional Solicitante 	48-Assinatura Beneficiário/Responsável 		49-Assinatura Responsável Autorização

Dr. Bruno F. Santos
Médico de Especialista
CRM: 10488
R. 503 / CRM 1047

CONFERE COM ORIGINAL

Unimed Bqa Vista		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO		Nº 122 025144	
1 - Registro ANS 30415-8		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4024385		5 - Data de Validade da Serinha 06.01.2020	
4 - Data da Autorização 07.11.2019		5 - Serinha 4154264		6 - Data de Validade da Serinha 06.01.2020	
7 - Nome do Beneficiário Antonio Braga de Luna		8 - Validade da Carteira 21/10/2021		9 - Atendimento de RN	
10 - Número da Carteira 865 000 1129356 007		11 - Carteira Nacional de Saúde		12 - Nome do Contratado Solicitante HOSPITAL UNIMED	
13 - Nome do Contratado HOSPITAL UNIMED		14 - Nome do Profissional Solicitante Bruno F. L. Silva		15 - Conselho Profissional com	
16 - Número do Conselho 60000635		17 - UF RJ		18 - Código CBO	
19 - Código na Operadora/ CNPJ		20 - Nome do Hospital/ Local Solicitado		21 - Data Sugerida para Internação	
22 - Caráter do Atendimento Urgente		23 - Tipo de Internação		24 - Regime de Internação	
25 - Qtd. Diárias Solicitadas		26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Paciente com lesão de coluna lombar, dor intensa, limitação de movimentos, sem sinais de comprometimento neurológico.					
29 - CID 10 Principal					
30 - CID 10 (2)					
31 - CID 10 (3)					
32 - CID 10 (4)					
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doenças relacionadas)					
34 - Data de Autorização 06.11.2019					
35 - Data de Provisão de Admissão Hospitalar					
36 - Data de Término do Tratamento					
37 - Qtd. Solic.					
38 - Qtd. Aut.					
39 - Código na Operadora/ CNPJ Autorizado HOSPITAL UNIMED					
40 - Qtd. Diárias Autorizadas					
41 - Tipo da Acomodação Autorizada					
42 - Nome do Hospital/ Local Autorizado HOSPITAL UNIMED					
43 - Código CNES					
44 - Observação Justificativa					
45 - Assinatura do Solicitante					
46 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
47 - Assinatura do Profissional					
48 - Assinatura do Responsável pela Autorização					

URGÊNCIA

CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Bruno F. L. Silva
Título de Especialista em
Ortopedia e Traumatologia
RQE 505 / CRM 11.111

Laudo Médico



PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DIÁRIAS DE UTI | <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADOR |
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL |
| <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO DE ALTO CUSTO |
| | <input type="checkbox"/> OUTROS |

NOME DO PACIENTE (USUÁRIO): Antonio Braga de Oliveira Nº GICH: _____

CÓDIGO DO USUÁRIO: 865-6021129356004 HOSPITAL: _____

DATA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____ PREVISÃO DE ALTA: ____/____/____

JUSTIFICATIVA:

paciente em risco de lesão ulcerosa
devido a cl. em uso
na dentição
há necessidade de
tratamento

DATA: 08 / 11 / 19


ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE

AUDITOR:

DATA: ____/____/____

ASS. DO AUDITOR

CONFERE COM ORIGINAL

Hospital Unimed	
Unimed 	
Boa Vista	
BOLETIM OPERATÓRIO	
Nome: <u>Antônio Ruy de Jesus</u>	Idade: _____
Data: <u>06/11/19</u> S.O.: <u>2</u> Sexo: <u>M</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório	<u>lesão no antebraço direito</u>
Indicação Terapêutica	<u>com urgência</u>
Tipo de Internação	
Medicações e Acidentes	
Diagnóstico Operatório	

Cirurgião	<u>Dr. Bruno</u>		
1º auxiliar	<u>Dr. Ruy</u>		
2º auxiliar	<u>Yuri</u>		
3º auxiliar			
Anestesia	<u>Dr. Vinícius</u>		
Início		Fim	
		Duração	

Hospital Unimed	
Unimed 	
Boa Vista	
RELATÓRIO CIRÚRGICO	

- ① Análise - pré
- ② campo que está
- ③ lesão na (2) fratura "1"
- ④ Análise da (1) lesão prévia
- ⑤ análise e avaliação

Dr. Bruno F. Santos
Ortopedia e Traumatologia
Título de Especialista
SBOT: TEOT 10488
RQE 503 / CRM 1047

CONFERE COM ORIGINAL

FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA

AV GLAYCON DE PAIVA , 1027

SAO VICENTE - 99999-999 - BOA VISTA - RR

Fone: (095) 3198-8400 C.G.C. 84.112.481/0008-93

HomePage www.unimedfama.com.br

BOLETIM DE SALA

Paciente ANTONIO BRAGA OLIVEIRA		Prontuário 00008126
Plano UNIMED INTERCAMBIO ENF		Matrícula 8650001129356004
Tipo de Anestesia GERAL EV+LOCAL		Porte de Sala GRANDE
Início da Anestesia 18:00	Início Procedimento 18:05	Término Procedimento 18:25

Procedimento

FRATURA DE FALANGES - TRATAMEN

Equipe

MÉDICO RESPONSÁVEL

MEDICO HOSPITAL

CRM

999

Qtd.

Medicamentos

000047 AGUA PARA INJECAO 10 ML CX, 200 AMP, PLAST,
000167 CLORETO SODIO 9MG/ML SOL.INJ.IV BOLS.PP SIST.FECH.50
000389 DIMORF (RESTRITO HOSP,) 0,1 MG/ML SOL, INJ, CX, 50 E
000382 DORMIRE (RESTRITO HOSP,) 5 MG/ML SOL, INJ, CX, 50 AM
000259 FENTANEST (RESTRITO HOSP,) 0,05 MG/ML 25 AMPS, 5 ML
000269 FLUMAZIL (RESTRITO HOSP,) 0,1 MG/ML 10 AMPS, 5 ML
000460 PROPOVAN (RESTRITO HOSP,) 10 MG/ML CX, 5 FA VD, X 20
000471 RINGER DE LACTATO - BOLSAS SISTEMA FECHADO (RESTRITO
000514 TRAMADON 100 MG, FR, 10 ML GTS,
000329 XYLESTESIN (*) (RESTRITO HOSP,) 2% S/V 10 FR, 20 ML

AMPOLA
FRASCO
AMPOLA
AMPOLA
FRASCO AMPOLA
AMPOLA
FRASCO AMPOLA
FRASCO
FRASCO
FRASCO AMPOLA

Qtd.

Materiais

000036 AGULHA HIPODERMICA 40GAX12MM 1000UNID.
000054 ALCOOL 70% QUALITY FR 1000ML
000586 ATADURA CREPE 10CMX1,2MT 13FIOS
001508 CAMPO CIRURGICO 4 CAMADA ESTERIL 45X50 C/RAIO X 5UNID
000647 CATETER NASAL OXIGENIO TP.OCULOS 1,40CM
000657 CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% 1000ML C-17
001502 COMPRESSA GAZE 7,5CMX7,5CM 09FIOS 500UNID C22009
001517 ELETRODO P/ECG ADU.MEDITRACE 1000UNID
000709 ESCOVA C/CLOREXIDINA 2% A-33
000711 ESPARADRAPO 10,0CMX4,5MT
000847 SERINGA DESC.03ML C/AG.25X07 RYMCO
000851 SERINGA DESC.10ML AG.25X7 LS UNIJET
000853 SERINGA DESC.20ML C/AG.25X07 RYMCO

UNIDADE
MILILITRO
UNIDADE
UNIDADE
UNIDADE
MILILITRO
UNIDADE
UNIDADE
UNIDADE
CENTIMETRO
UNIDADE
UNIDADE
UNIDADE

1
50
1
5
1
100
20
5
2
15
1
4
1

Assinatura do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL



www.unimedbr.com.br
Av. Gláycen de Paiva, 1027
69303-340 São Vicente, Boa Vista - RR
(95) 3196-6400



TERMO DE CONSENTIMENTO DE CIRURGIA

Declaro que fui suficientemente esclarecido pelo Dr.(a) _____

Sobre o procedimento a que o(a) paciente Antonio Braga de Oliveira

será submetido(a), do qual, eu Sra. Játima Leira de Oliveira grau de parentesco:

esposa sou responsável legal.

Nome do procedimento: _____

Lateralidade (se aplicável) () Direito () Esquerdo

Fui informado pelo meu médico (a) sobre o diagnóstico, prognóstico, objetivos do tratamento cirúrgico, **principais riscos**, benefícios, probabilidade de sucesso e alternativas existentes ao procedimento proposto.

Fui também orientado (a) sobre a **possibilidade de ocorrer complicações durante e após a realização do procedimento** a que o paciente será submetido, pois durante a realização de qualquer procedimento invasivo e/ou cirurgia existe o risco de acontecer situações imprevistas e complicações tais como: sangramento, complicações cardiovasculares, infecções, óbito e etc.

É possível que durante a realização do procedimento, seja necessário realização de biópsia e o material coletado ser submetido a uma análise anatomopatológica.

Declaro ainda que fui informado sobre possíveis problemas relativos à recuperação e resultados decorrentes da minha recusa ao tratamento proposto.

Declaro ainda que não necessito de qualquer outro esclarecimento ou informações por parte do meu médico ou de sua equipe sobre o tratamento que serei submetido.

Existem implicações culturais e/ou religiosas que precisam ser declaradas: (X) Não () Sim

Boa Vista - RR, 06 de novembro de 2019.

Sra. Játima Leira de Oliveira
ASSINATURA

692 256 302 -63
CPF

CONFERE COM ORIGINAL

Ficha Anestésica

Hospital Unimed

Unimed

Boa Vista

Boa Vista, 6 nov 2019

Pré-medicação - Droga - Dose - Efeito

Nome

Prontuário

AGENTES

15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45

N2O

O2

LÍQUIDO VENOSOS

PA

PULSO

ANES

X

OP

O

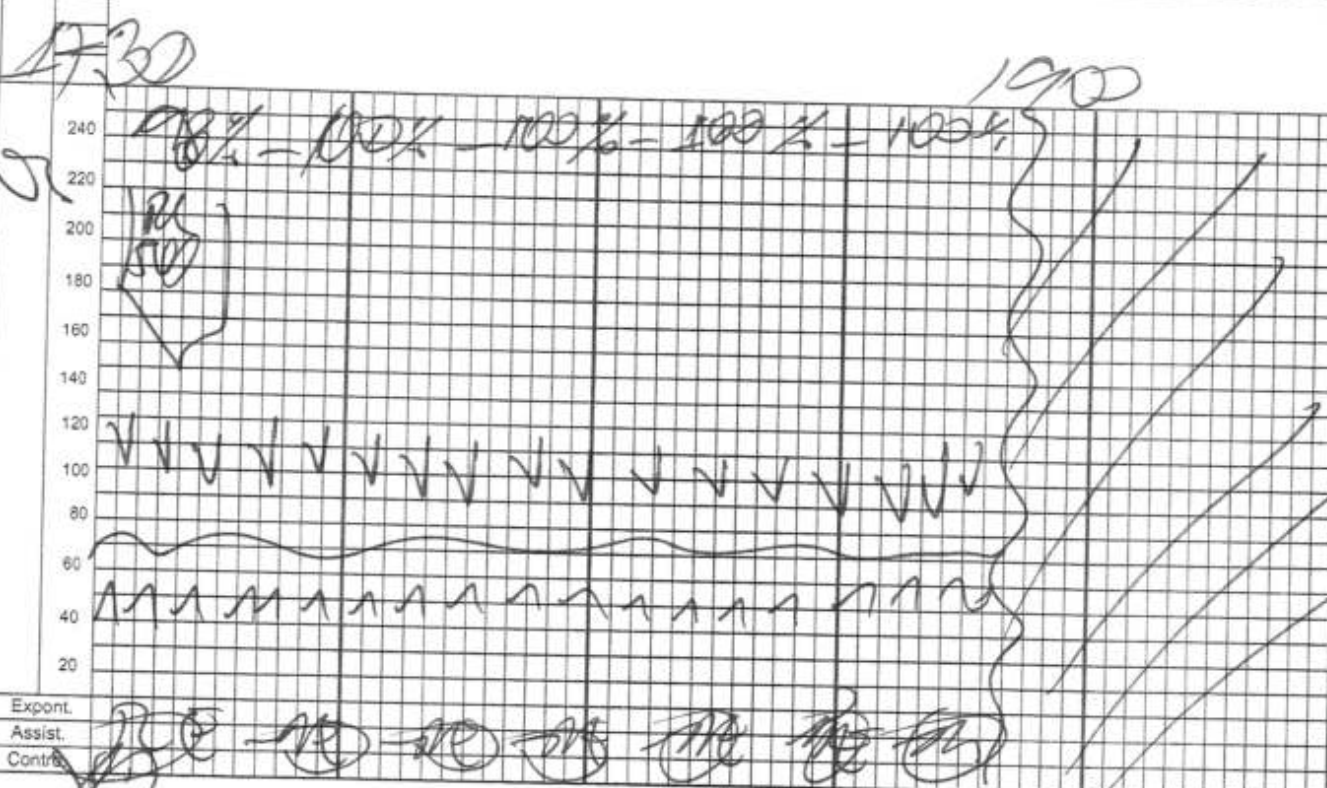
TEMP

ASPIR.

A

RESP.

O



Expon.

Assist.

Contro.

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A	10mg	Germ
B	10mg	
C	10mg	
D	10mg	
E	10mg	
F	10mg	
G		
GLICOSE	LÍQUIDOS	CÂNULA - NASOOROFARÍNGEA
NDOD		NASOOROTRAQUEAL - CEGA
SANGUE		BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO
		SOB MÁSCARA
		DIFICULDADE TÉCNICA
		TEMPO DE ANESTESIA
TOTAL		

ANOTAÇÕES

CONFERE COM ORIGINAL

OPERAÇÃO	ANESTESISTAS	CIRURGIÃO
FMS / MSE	Dr. Librança Casanova Médico Anestesiologista CRM-RS 109.424	DR BWB

LARIANGO - ESPASMOS - EXCESSO SECRE	HEMORRAGIA - ARRITMIA
DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA - HIPOXIA	BRADI - TAQUICARDIA - CHOQUE
BUCKING - VÔMITO	PERDA SANGÜÍNEA



GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

Boa Vista

2ºº 172 022622

1 - Registro ANS 30415-8
3 - Número da Guia de Solicitação de Internação

04 - Data de Autorização
05 - Número da Carteira
06 - Validade da Carteira
07 - Número da Guia Arquivada pela Operadora
08 - Data de Validade da Guia

09 - Nome do Beneficiário
10 - Nome
11 - Carteira Nacional do Beneficiário
12 - Aferimento a R\$

13 - Código na Operadora
14 - Nome do Contratado
15 - Código CNES

16 - Caracter do Atendimento
17 - Tipo de Faturamento
18 - Data do Início do Faturamento
19 - Hora de Início do Faturamento
20 - Data do Fim do Faturamento
21 - Hora do Fim do Faturamento
22 - Tipo de Internação
23 - Regime de Internação
24 - CID 10 Principal
25 - CID 10 (2)
26 - CID 10 (3)
27 - CID 10 (4)
28 - Indicação do Acidente (preexistente ou doença relacionada)
29 - Motivo do Encerramento da Internação
30 - Declaração de Nascidos Vivos
31 - CID 10 Óbito
32 - Número da Declaração de Óbito
33 - Indicador D.O. de R\$

Procedimentos e Exames Realizados

34 - Data	35 - Hora Início	36 - Hora Fim	37 - Tabela	38 - Código do Procedimento	39 - Descrição	40 - Qlto.	41 - Vol	42 - Rec	43 - Valor Realizado	44 - Valor Unificado R\$	45 - Valor Total R\$
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											

Identificação da Equipe

46 - Carga Horária
47 - Grau Pro
48 - Código na Operadora
49 - Nome do Profissional
50 - Conselho Profissional
51 - Número no Conselho
52 - UF
53 - Código CBO

54 - Total de Procedimentos (R\$)
55 - Total de Danos (R\$)
56 - Total de Taxas e Abusos (R\$)
57 - Total de Materiais (R\$)
58 - Total de Honorários (R\$)
59 - Total de Medicamentos (R\$)
60 - Total das Despesas (R\$)
61 - Total Geral (R\$)

62 - Assinatura do Contratado
63 - Assinatura do Contratado
64 - Assinatura do Contratado
65 - Observações

CX 29 029

FAMA

Emissão Descritiva da Fatura

Atendimento: 00015785

Paciente: ANTONIO BRAGA OLIVEIRA

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Plano: UNIMED INTERCAMBIO ENF

Entrada: 06/11/2019 17:42

Matrícula: 8650001129356004

Dt.Início: 06/11/2019 **Dt.Fim:** 07/11/2019

Item	Data	Qtd.	Unitário	Tx.Serviço	Total
Médico					

06/11/2019

BLOCO E

DIARIAS

60000635	DIARIA DE ENFERMARIA COM ALOJAMENTO CONJUN' 06/11/2019	1	450,00	0,00	450,00
----------	--	---	--------	------	--------

SubTotal 0,00 450,00

MEDICAMENTOS

90072081	AGUA PARA INJECAO 10 ML	5	0,72	0,00	3,60
90008332	CEFAZOLINA 1 G	1	16,60	0,00	16,60
90309952	CLORETO SODIO 0,9% 100ML	2	6,91	0,00	13,82
90310004	CLORETO SODIO 0,9% 500ML	1	6,91	0,00	6,91
90137485	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2ML	2	0,72	0,00	1,44
90293851	OMEPRAZOL 40 MG PO	1	49,16	0,00	49,16
90071271	TENOXICAM 20MG FA	2	7,35	0,00	14,70

SubTotal 0,00 106,23

MATERIAIS

00223166	AGULHA DESCARTAVEL 40X12	5	0,96	0,00	4,80
00113760	EQUIPO MACROGOTAS FLEXIVEL SIMPLES	1	12,60	0,00	12,60
00146218	SERINGA DESCARTAVEL 10ML C/ AG.	5	3,30	0,00	16,50

SubTotal 0,00 33,90

0,00 590,13

CENTRO CIRURGICO

GASES MEDICINAIS

60034335	GASOTERAPIA OXIGENIO P/ HORA	1	46,08	0,00	46,08
----------	------------------------------	---	-------	------	-------

SubTotal 0,00 46,08

TAXAS DIVERSAS

60023180	TX DE RECUPERACAO POS-ANESTES	1	126,12	0,00	126,12
60023112	TX DE SALA PORTE 2	1	639,43	0,00	639,43

SubTotal 0,00 765,55

0,00 811,63

07/11/2019

BLOCO E

MEDICAMENTOS

90008375	CEFALOTINA 1 G	1	7,76	0,00	7,76
----------	----------------	---	------	------	------

SubTotal 0,00 7,76

MATERIAIS

70705330	SERINGA DESCARTAVEL 10ML S/AG.	1	2,16	0,00	2,16
00146757	LUVA ESTERIL TAM.7,0 (PAR)	1	1,50	0,00	1,50
00488402	TORNEIRINHA 3VIAS	1	2,80	0,00	2,80
70034028	ATADURA CREPE 10CMX1,25MT	1	5,91	0,00	5,91

SubTotal 0,00 12,37

0,00 20,13

CENTRO CIRURGICO

MEDICAMENTOS

90072081	AGUA PARA INJECAO 10 ML	1	0,72	0,00	0,72
90310004	CLORETO SODIO 0,9% 500ML	3	6,91	0,00	20,73
90046161	FENTANILA 0,05 MG/ML 5 ML FENTANEST	1	8,91	0,00	8,91
90302265	FLUMAZENIL 0,1 MG/ML 5 ML	2	126,91	0,00	253,82

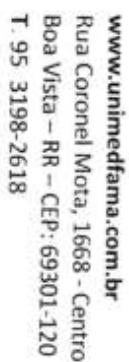


SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - HOSPITAL UNIMED BOA VISTA

PACIENTE:	Valério Bueco		REGISTRO:
DIAGNÓSTICO:	Lúpus do sistema		DATA: 11/11/20
ENFERMAREIATO:	603		IDADE:
MEDICO:	Bueno Figueiredo		PESO:
CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS			
<input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE	<input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO		
<input type="checkbox"/> DESORIENTADO	<input type="checkbox"/> TORPOROSO		
<input type="checkbox"/> REAGE A DOR	<input type="checkbox"/> NÃO REAGE A DOR		
<input type="checkbox"/> OBEDECE A COMANDOS VERBAIS	<input type="checkbox"/> NÃO OBEDECE A COMANDOS VERBAIS		
<input type="checkbox"/> COMATOZO	<input type="checkbox"/> PRECISA DE SEDAÇÃO		
DEFICIÊNCIAS			
AUDITIVA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	VISUAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	FÍSICA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	QUAL:
SONO E REPOUSO			
<input type="checkbox"/> PRESERVADO	<input type="checkbox"/> AGITADO	<input type="checkbox"/> PREJUDICADO POR:	
ALIMENTAÇÃO			
ACEITAÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> JEJUM			
VIAS: <input checked="" type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT			
OCCORRÊNCIA: <input type="checkbox"/> SONDABERTA <input type="checkbox"/> SONDAFECHADA			
<input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> RESÍDUOS GÁSTRICOS			
ASPECTOS:			
ACESSO VENOSO			
<input type="checkbox"/> CENTRAL <input type="checkbox"/> PERIFÉRICO	LOCAL	DATA	HORA
<input type="checkbox"/> DISSECÇÃO <input type="checkbox"/> SINUS	115		
<input type="checkbox"/> FLOGÍSTICOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
CURATIVO			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	REGIÃO:		
<input type="checkbox"/> ABERTO	<input type="checkbox"/> OCLUSIVO	<input type="checkbox"/> COMPREENSIVO	
DRENO			
<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	TIPO:		
LOCAL:	SECREÇÃO/VOLUME:		
ASPECTO:	INTEGRIDADE DA PELE		
<input type="checkbox"/> PELE ÍNTEGRA	<input type="checkbox"/> F.O	<input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA	
<input type="checkbox"/> DESIDRATADA	<input type="checkbox"/> ESCORIAÇÃO	<input type="checkbox"/> ÚLCERA DE PRESSÃO/ESCARIAS	

ELIMINAÇÕES URINÁRIAS			
<input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA	<input type="checkbox"/> SOB ESTÍMULOS	<input type="checkbox"/> DE ALVIO	
<input type="checkbox"/> S.V DE DEMORA	ASPECTO:	VOLUME:	
ASPECTO:			
ELIMINAÇÃO FECAL			
<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE	FREQUÊNCIA Nº X	
<input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> DIARRÉIA	<input type="checkbox"/> NORMAL	
AVALIAÇÃO DA DOR			
<input type="checkbox"/> COM DOR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM DOR	<input type="checkbox"/> MELHORA COM MEDICAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
HIGIENE PESSOAL			
<input type="checkbox"/> COM AUXÍLIO	<input checked="" type="checkbox"/> SEM AUXÍLIO	<input type="checkbox"/> NO LETO	<input type="checkbox"/> ASPERSÃO
APARELHO RESPIRATÓRIO			
<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input type="checkbox"/> DISPNEICO	<input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO	
<input type="checkbox"/> RONCOS	<input type="checkbox"/> SIBILOS	<input type="checkbox"/> ESTERTORES	
<input type="checkbox"/> CATETER NASAL	<input type="checkbox"/> O2 CONTÍNUO	<input type="checkbox"/> INTERMITENTE	
<input type="checkbox"/> MARCONEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> AR AMBIENTE	<input type="checkbox"/> TUBO TRAQUEAL	<input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMIA
SE O2: L/MIN			
ASPIRAÇÃO-ASPECTO DE SECREÇÃO TRAQUEAL			
<input type="checkbox"/> CLARA	<input type="checkbox"/> FLUIDIFICADA	<input type="checkbox"/> PURULENTA	<input type="checkbox"/> ROLHOSA
MUDANÇA DE DECÚBITO			
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> 2/2h	<input type="checkbox"/> 3/3h	<input type="checkbox"/> ROLHOSA <input type="checkbox"/> EM BLOCOS
OSTOMIA			
<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> TIPO	
LOCAL:	DÉBITO: ml	ASPECTO:	
GRAU DE DEPENDÊNCIA			
<input type="checkbox"/> BAIXO	<input checked="" type="checkbox"/> MODERADO	<input type="checkbox"/> ALTO	
SINAIS VITAIS			
HORA:			
PRESSÃO (mmHg):			
PULSO (bpm):			
RESPIRAÇÃO (rpm):			
TEMPERATURA TAX:			
DESTRO (mg/dl) HORA:			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	

CONFERE COM ORIGINAL



ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (NOTURNO)

Bloco: 03 Leito: 03 Data: 08/01/2019

23/11/15hs presente aduaniado marte unidade hospitalar faculdade
centro linguistico POI de lucaresio falcão de macedo
aos convidados da Aurora e, me momento de sa-
da

alguns: diversos presentes, alguns aos familiares
de alguns

29 lbs \rightarrow 4500 g / 1.500 ml

2. Schritt der Einförmigkeit
Kontinuität 7.20.12-15

after \rightarrow a total 2015 1.1 efgolimala 1.3 dipinosa 1.5 fcomul 1.4
2. quso 2.1 efgolimala 1.3 3. asiniga 1.0 om 1.2 ngulbo
100X12

dicx12

26613-4 4 dipicaron 4511 Compagol 400g 12 leaving a small
2 agualha- 401131 AD 10ml 15% 10ml

Alcides P. Sacramento
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 726142/E

CONFERENCE ORIGINAL

06/1/2019

Facultade de
Ciências Exatas e
Tecnológicas

Nome: André Barbosa

Bloco-E Leito: E03 Data: 07/11/19

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - PLANTÃO DIURNO

10H - Paciente em repouso no leito, P.O. de buxaca de jejum, calmo, respirando
a ambiente, sinais vitais normais, normotensão, normofrequência, pele
de acúmulo de edema, AVP MSD HV AUTO + medicação de jejum 6 PM. Paciente
ativo em MSE, evoluindo bem + e transição - Alta médica às 15H.

08H - Apogelina 1g E.V. + Tenoxicam 40mg + Sulfato 100mg + Sulfato 100mg
E.V. + Sulfato 10mg + Apogelina 40x12.
12H - Trilatil 20mg E.V. + Sulfato 10mg + Sulfato 10mg + Sulfato 10mg + Sulfato 10mg

Sandy

Sandy Kathusia Aguiar Morais
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 651.099-TE

Unimed
Boa Vista



NOME:

Antonio Braga Oliveira

SAE - CENTRO CIRÚRGICO / SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

SRPA

Data: 06/11/19
Reg: 15485
Idade: 42

PROVENIENTE

Chegada: _____
() Emergência () U.T.I.
() Casa () Hospital
() Outros: _____
Qual: _____
Cirurgia Proposta: _____

1. Informar:

Adornos Retirados _____
Esmaltes Retirados _____
Prótese Dentária Retiradas _____
Pré-Anestésico _____
Reserva de Sangue _____
Cardiopata _____
Hipertensão _____
Diabetes _____
Asmático _____
Fumante _____
Alergia _____
Peso 89

Exames

RX _____
Hemograma _____
Risco Cirúrgico _____
Ressonância _____
Tomografia _____
Cartão do Pré-Natal _____

2. Estado Emocional / Mental

() Chorooso () Sonolento
() Agitado
() Outros _____

3. Condições da Pele:

() FAF () Ferimento
() FAF () Queimando
() Dor () Hematoma
() Frio () Contusão
() Edema () Deformidade
() Avulsão () Amputação
() Abrisão () Fral. Exposta

Entrada na Sala _____
Início da Cirurgia 17:30
Início Anestesia 18:05
Término Cirurgia 18:25
Saída S.O. 18:35
Cirurgia Realizada Sim

Cirurgia Realizada Fratura de falange de 2º dedo do pé direito
Anestesia Local
Posicionamento Dorso

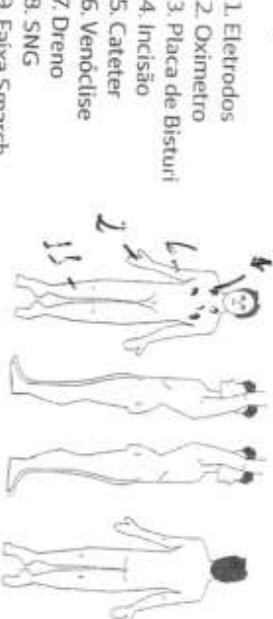
Hidratação Infundida
Antibiótico-Terapia
Hemoderivados

SG a 10%: _____
Ringer: _____
Nº de compressas oferecidas: _____
Nº de compressas recolhidas: _____

Sinais Vitais:

T _____ °C P _____ Bpm
SAT _____ % R _____ rpm
FC _____ PA _____ mmHg
() Não
() Sim
Nº peças: _____
() Cultura
() Outros: _____

Legenda:

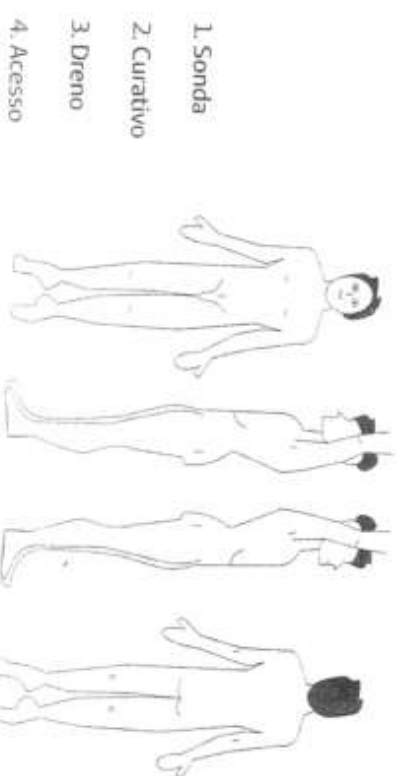


Anestesia

Sinais Vitais

	PA	P	SP02	T
1ª				
15'				
30'				
45'				
2ª				
30'				
1h				
1h30				
2h				
3ª				
1h				
2h				
3h				
4h				
5h				

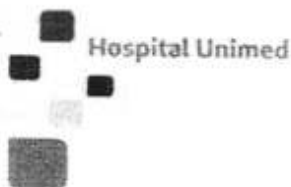
Localização



Destino: () SRPA () APT. () UTI () Outros:

CONFERE COM ORIGINAL

Assinatura



www.unimedbv.com.br
Av. Gláucio de Paiva, 1027
69303-340 São Vicente, Boa Vista - RR
T: (95) 3198-8400



CENTRO CIRÚRGICO - RPA

PACIENTE: Antonio Braga Oliveira PRONTUÁRIO 15785
CIRURGIA: _____

ANESTESIA: ☒ Geral Venosa ☐ Peridural com cateter ☐ Geral
☐ Geral Inalatória ☐ Peridural sem cateter ☐ Sedação
☐ Geral combinada ☐ Raquianestesia ☒ Local

Anestesista: DR. Ubirajara

Admissão na RPA: às 18:35 HORAS

Data 06/11/19

MONITORIZAÇÃO

☐ ECG ☒ OXIMETRIA ☐ PANI ☐ PA INVASIVA

DRENOS/CÂNULAS

☐ Sonda gástrica ☐ SNE ☐ SVD Nº _____ ☐ Guedel nº _____
☐ Penrose nº _____ ☐ Tórax Nº _____ ☐ Sucção Nº _____ ☐ kher Nº _____

OUTROS: _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Calmo ☐ Agitado

PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO:

Hora	18:35	18:50	19:00	20:00	20:30			
Sat O2 %	98%	98%	95%	100%	97%			
O2 Litros/min	3L	3L	3L	4L	4L			
Respiração	—	—	—	—	—			
Tax	—	—	—	—	—			
P.A. mmHg	162x86	130x91	138x89	131x91				
Pulso bpm	74	70	67	67				
Funcionário	Lays	Lays	Lays	Vitor				

Desligado Oxigênio às 20:10h

Alta da RPA às 20:30h

ANOTAÇÕES: 19h Administração de Tranq. EV, com o paciente do Anestesia, segue para o bloco, monitora EV, conforme solicitação da Anestesia.

Assinatura: _____

CONFERE COM ORIGINAL

Assinatura
Carimbo

Pág. 15 785

FOLHA DE GASTOS CIRÚRGICOS

8/10

Hospital Unimed
Unimed
Boa Vista
Av. Glaycon de Paiva, 1027 - São Vicente
Boa Vista - Roraima
Fone: (95) 3198-8400


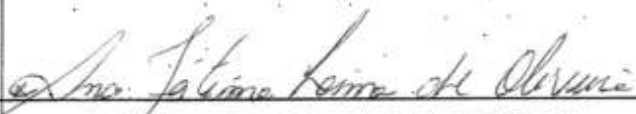
Paciente: Antonio Braga Oliveira Convênio: Unimed Interam Data: 06/11/19
Cirurgia: Fratura / Luxação de Pálange Início: 18:05 Fim: 18:25 Acomodação: _____
Cirurgião: Dr. Bruno F. Anestesia: Genal E + Local Início: 18:00
Anestesista: Dr. Ubirajara 1º Auxiliar: _____
Pediatra: Yanque Circulante: Adalton

MATERIAL	QTDE.	MATERIAL	QTDE.
GELCO		AZUL DE METILENO	
CATÉTER DE O2	①	SONDA NASOGÁSTRICA	
CERA PARA OSSO		SONDA DE FOLLEY N°	
ELETRODO BIS		SONDA URETRAL	
COMPRESSA CIRÚRGICA	C/5 ①	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL N°	
LUVA DE PROCEDIMENTO		VERDE BRILHANTE	
SORO		SONDA RETAL N°	
DRENO PENROSE		TORNEIRINHA DESCARTÁVEL	
DRENO P/ TORAX		DROGAS ANESTÉSICAS	
EQUIPO P/ SORO		xylo s/v	①
EQUIPO DE P.V.C		Propofol	①
ESCOVA DESCARTÁVEL		Fentanil	①
ESPARADRAPO		midazolam	①
FORMOL		Flumazenil	①
GAZE	C/20 ①	Tramadol	①
GELFOAM		marfina 10mg	①
ATADURA GESSADA			
LÂMINA DE BISTURI N°			
MICROPORE			
POVIDENE			
PULSEIRA		GASES MEDICINAIS	
SERINGAS DESCARTÁVEIS	100 ① 30 ① 20 ①	OXIGÊNIO	3 litros
SERINGA DE INSULINA		ÓXIDO NITROSO	
		GÁS CARBÔNICO	
SONDA GASTRONÔMIA/ JEJUNOSTOMIA		MEDICAMENTOS E OUTROS	
ALGODÃO			
CATGUT SIMPLES			
CATGUT SIMPLES			
CATGUT CROMADO			
CATGUT CROMADO			
PRONELE			
PRONELE		EQUIPAMENTOS ESPECIAIS	
SEDA		CARRO ANESTÉSICO	x
VICRYL		MONITOR CARDÍACO	x
AGULHA 40x12	①	BISTURI	x
AGULHA OXIGENADA		LIPO ASPIRADOR	
ALCOOL IODADO		OXÍMETRO	x
MONONYLON		DESFRIGILADOR	
MONONYLON		RX	
MONONYLON		CAPINÓGRAFO	
		VIDEO	
		BIS	

CONFERE COM ORIGINAL



www.unimedfama.com.br
Rua Coronel Mota, 1668 - Centro
Boa Vista - RR - CEP: 69301-120
T. 95 3198-2618

NOME DO PACIENTE: <u>ANTÔNIO BRAGA OLIVEIRA</u>			APARTO: <u>E03</u>		
DATA DA ADMISSÃO: <u>06/11/2019</u>			DATA DA ALTA: <u>07/11/19</u>		
HORAS: <u>18.16</u>			HORAS: <u>15.15</u>		
STATUS DO QUARTO:			STATUS DO QUARTO:		
CHEK IN			CHEK OUT		
ITENS	APTO	NÃO APTO	ITENS	APTO	NÃO APTO
TELEVISÃO COM CONTROLE	X		TELEVISÃO COM CONTROLE	X	
FRIGOBAR	X		FRIGOBAR	X	
CENTRAL DE AR COM CONTROLE	X		CENTRAL DE AR COM CONTROLE	X	
CAMA	X		CAMA	X	
SOFÁ CAMA	X		SOFÁ CAMA	X	
ARMÁRIO	X		ARMÁRIO	X	
MESA DE CABECEIRA C/ BANDEJA	X		MESA DE CABECEIRA C/ BANDEJA	X	
APARELHO TELEFÔNICO	X	-	APARELHO TELEFÔNICO	X	
POLTRONA	X	-	POLTRONA	X	
SUORTE DE SORO	X		SUORTE DE SORO	X	
ESCADINHA	X		ESCADINHA	X	
KIT DE ENXOVAL	X		KIT DE ENXOVAL	X	
OBS: Kit enxoval contempla (um lençol para colchão, um lençol e um travesseiro com fronha).			OBS: Kit enxoval contempla (um lençol para colchão, um lençol e um travesseiro com fronha).		
					
Assinatura do responsável pela verificação			Assinatura do responsável pela verificação		



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 31397-1



Dr. Bruno Figueiredo dos Santos
Diretor Técnico - CRM RR - 1047
RQE 503

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

LAUDO MÉDICO

CID 10: S 62.5

**PACIENTE ENCONTRA-SE INCAPACITADO
TEMPORARIAMENTE PARA EXERCER SUA FUNÇÃO
LABORAL POIS ESTÁ EM PÓS OPERATÓRIO DO
POLEGAR ESQUERDO SENDO SUBMETIDO A REDUÇÃO
INCRUENTA E FIXAÇÃO COM FIOS DE KIRSHNER.**

SOLICITO AFASTAMENTO DO TRABALHO POR 60 DIAS.

Dr. Bruno Figueiredo dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1047 TEOT 10488

BOA VISTA, 14 de NOVEMBRO de 2019.

