
Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200344047

Vítima: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 28/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200344047

Vítima: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 28/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000031221-3

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: ☐ DADS (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) ☒ 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 (nascido)? ☐ 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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00008950/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/02/2020 18:48:55 Data/Hora Fim: 28/02/2020 18:48:55
 Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 811810 SERIE J Data: 28/02/2020
 Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 28/02/2020 14:38

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
 Bairro: Mecejana
 Logradouro: AV. MARIO HOMEM DE MELO COM RUA SABIA
 Tipo do Local: Via Pública

Nº: FRENTE 1757

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Social: CB PM
 Nome Civil: SILVA (COMUNICANTE)
 Nacionalidade: Brasileira
 Profissão: Policial Militar

Naturalidade: Boa Vista - RR

Nome da Mãe: PJ

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: CIPTUR

Nome Civil: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 24

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG: 349823-9

CPF: 008.359.282-25

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: AV. GETULIO CORREIA DE PINHO
 Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nº: 16

Nome Civil: FABIANO DOS SANTOS CASTRO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 35

Profissão: Militar do Exército

Estado Civil: União Estável



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00008950/2020

Documento(s)

CPF: 811.289.402-72

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: AV. GENERAL SAMPAIO
 Complemento: 7º BIS
 Bairro: TREZE DE SETEMBRO
 Telefone: (95) 99121-6757 (Celular)

Nº: SN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição HONDA/CG 150 TITAN ES	CPF/CNPJ do Proprietário 385.163.062-91
Placa NAR0747	Renavam 00889046468
Número do Motor RR0001484	Número do Chassi 9C2KC08506R856382
Ano/Modelo Fabricação 2006/2006	Cor PRATA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES	Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 10/11/2017
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO	

Nome Envolvido

Roberto Petronio da Silva Filho

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO RELATO DO ROP PM:

"FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER A UMA OCORRÊNCIA DE TRANSITO COM VITIMA NO ENDEREÇO ACIMA DESCRITO. CHEGANDO AO LOCAL ENCONTRAMOS O ITEM 02 SENDO ATENDIDO PELA EQUIPE DO SAMU E CONDUZIDO PARA O PRONTO SOCORRO PARA ATENDIMENTO MAIS ESPECIALIZADO. O ITEM 01 NOS RELATA QUE SEGUIA PELA RUA SABIA NO CAMINHÃO EB (EB13722, CAMINHÃO DO EXERCITO BRASILEIRO, COR VERDE), SENTIDO RUA DO SANHAÇU, QUE PAROU NO CRUZAMENTO COM A AVENIDA MARIO HOMEM DE MELO, QUANDO ESTAVA FINALIZANDO A TRAVESSIA DA AVENIDA, SENTIU UM FORTE IMPACTO NA TRASEIRA COM CAMINHÃO. AO SAIR PARA VERIFICAR, ENCONTROU O ITEM 02 CAÍDO AO CHÃO. O ITEM 02 SEGUIA PELA AVENIDA MARIO HOMEM DE MELO EM SUA MOTOCICLETA (NAR 0747, HONDA /CG 150 TITAN, COR PRATA). SENTIDO CENTRO BAIRRO, POREM ESTAVA SEM CONDIÇÕES DE DAR SEU RELATO. O ITEM 02 NÃO É HABILITADO. FOI FEITO AUTO DE INFRAÇÃO NUMERO SE00299176. A MOTOCICLETA ESTA DEVIDAMENTE LICENCIADA E FOI ENTREGUE AO SENHOR GEMILSON LIMA DE ALMEIDA, CNH 04666183091, CATA. O ITEM 01 É HABILITADO EM SUA CATEGORIA E CAMINHÃO DEVIDAMENTE LICENCIADO. O PERITO SUBTENENTE UBIRATAN DO 7º BIS, QUE REALIZOU OS TRABALHOS NO LOCAL. FOI ACIONADO A PERICIA DA POLICIA CIVIL E O MESMO INFORMOU QUE POR SE TRATAR DE VEICULO OFICIAL FEDERAL, PERICIA NÃO ERA DE SUA COMPETENCIA. FOI ACIONADA A PERICIA DA POLICIA FEDERAL E A GUARNIÇÃO AGUARDOU POR 50 MINUTOS E OS MESMOS NÃO COMPARECERAM AO LOCAL. DEVIDO AO GRANDE FLUXO DE VEICULO NO LOCAL, APOS PERICIA DO EXERCITO, A VIA FOI LIBERADA. ERA O QUE TINHA A RELATAR.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00008950/2020

ASSINATURAS

Luciene Marques da Costa

Agente de Polícia

Matrícula 42000330

Responsável pelo Atendimento

Nome Social: Cb Pm

Nome Civil: Silva

Comunicante

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

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, de de 2020

[Assinatura]
.....
020116684

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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) ☒ 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 (se 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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 05/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000031221-3

Autenticação:

FD527185D3981CAACC94A856CAA8C1B8A4DC4E314E455578CDF450180D2D35D7

RORAIMA ENERGIA S.A.

 Av. Capitão Ené Garças, 691 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL 5581939 FCAH*

 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
 foi criada pela Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2020	01/08/2020	231	208,68

RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 00027213609300

AV GETULIO CORREIA DE PINHO 16 - SENADOR HELIO CAMPOS

CEP: 69.316-402 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual:	15/07/2020	Anterior:	13/06/2020	Próxima leitura:	15/08/2020
Emissão:	14/07/2020	Apresentação:	15/07/2020	Dias de consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.3	RESIDENCIAL	TRIF	TDT1918694	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	-	710						
Leit. Anterior		479						
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	231							
Faturado:	231							

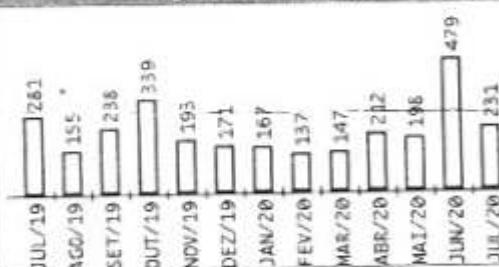
DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	231 A R\$ 0,755234 =	174,45
CORREÇÃO MONETARIA IG 05/20-00		0,57
MULTA POR ATRASO DE I 05/20-00		1,63
JUROS DE MORA POR ATR 05/20-00		0,31
MULTA POR ATRASO 05/20-00		2,98
JUROS DE MORA DE IMPO 05/20-00		1,74
ILUMINACAO PUBLICA		27,00

**OUTRAS
INFORMAÇÕES**

 DATA DE TRIBUTOS:
 01/08/2020 - 06/07/2020

Média 12 meses: 72%

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

**MENSAGENS
IMPORTANTES**
**REAVISO DE
VENCIMENTO**

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 06/07/2020, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no CADINER. Informamos ainda existirem contas vencidas e a reavização no valor de R\$ 156,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

 Mes/Ano Valor R\$
 06/2020 397,14

LIGUE 08007415120 E FAÇA O PAGAMENTO: 5 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 7BED.E8EB.C99E.2AAC.7715.57A4.7C11.F328

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	95,48
Distribuição:	41,83
Transmissão:	0,00
Encargos:	5,40

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,85	17,70	35,40	
Realizado	2,72			
FIC		Mensal	Trimestral	Anual

**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: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

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**

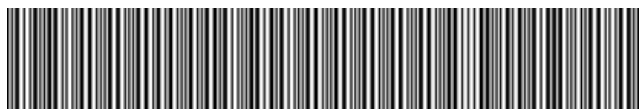
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Roberto Petronio da S. Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.359.282 / 25

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Roberto Petronio da S. Filho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.359.282 / 25 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 CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Barra Velha</u>	Cidade: <u>Barra Velha</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Barra Velha RR 17 de Setembro de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante



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

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

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

2001225335

28/02/2020 14:43:18

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

18

Paciente: **ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO** Data Nascimento: **20/11/1994** Idade: **25 A 3 M 8 D** CNS: **3** CPF: **000.000.000-00** Prontuário: **000.000.000-00**

Tipo Doc: **Documento** Órgão Emissor: **Data Emissão** Sexo: **M** Estado Civil: **SEM** Raça/Cor: **INFORMAÇÃO** Nacionalidade: **BRASIL**

IDENTIDADE: **3498239** Mãe: **JACI SILVA SANTOS** Pai: **ROBERTO PETRONIO DA SILVA** Contato: **ROBERTO PETRONIO DA SILVA**

Endereço: **- AVENIDA BENTO BRASIL - 209 - ...** Ocupação: **NÃO INFORMADA**

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: **Procedimento Sol.** Registrado por: **ANTONIA.SOARES**

Sector: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Queixa Principal: **Síndrome Febril** **Sintomático Respiratório** **Suspeita de Dengue**

Anamnese de Enfermagem: **Acidente de moto**

GSC: **AO: 1204 RV: 1234 MRV: 1234** TOTAL: **LS**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **14:43** h)

Paciente vítima de acidente de trânsito, com lesões múltiplas, com consciência preservada, sem alteração de nível de consciência, nega perda de consciência, náuseas e vômitos.

Exame Físico: **BECILOTE, M.A. ao toque, deformidade + 14x, edematoso, supracostal, idem de pulso + deformidade de M.D., dor mobilizável de membro (tudo o que).**

Hipótese Diagnóstica: **fratura de tíbia? exposta?**

SADT - Exames Complementares: **RAIO-X** **ULTRA-SON** **TC** **SANGUE** **URINA** **ECG** **OUTROS:**

Prescrição: **1) Dexametasona 2g EV q 8h** **2) Paracetamol 20mg EV q 6h** **3) ATG 10mg EV q 8h** **4) Clonazepam 1g EV q 8h** **5) Clonazepam (susp.)** **6) Tranex (100mg) 2 EV** **SSF. 0.5g/100ml**

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:**

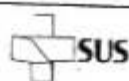
óbito: **Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não** Destino: **() Família** **JML Anatomia Patológica** **Dra. Larissa Bessa** **Médico** **Carimbo e Assinatura do Médico**

Assinatura do Paciente ou Responsável: **Assinatura do Paciente ou Responsável**

Impresso por: **antonio.soares** Data Hora: **28/02/2020 14:44:39**

Barcode: **2001225335**

Assinatura do Médico: **Assinatura do Médico**



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Roberto P. do Silva Filho

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☐ 1Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pct Vllim do acidente transit 51c

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cerebr

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

Exo- L + R + TC

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de braço do + 1 + 2 + 3 + 4

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura de braço do + 1 + 2 + 3 + 4

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Elder Vitor Parat 28/02/11

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Roberto Benício da Silva Filho</i>		25a APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>20 / 02 / 2020</i>
TIPO <i>Fixação de fratura exposta de fêmur</i>		CIRURGIA		
CIRURGIÃO <i>Elder</i>		TEMPO DE DURAÇÃO		
1º AUXILIAR <i>R. Marcos</i>		INÍCIO <i>18:12</i>	FIM <i>19:05</i>	TEMPO TOTAL
2º AUXILIAR		EQUIPE MÉDICA		
		ANESTESISTA: <i>Fabian</i>		
		RES. ANESTESIA: <i>R. Emerson</i>		
		INSTRUMENTADOR		
		CIRCULANTE <i>Olívia Raimundo</i>		

TIPO DE ANESTESIA: <i>Sedação + Raqui</i>		TEMPO DE DURAÇÃO:	
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT. MEDICAMENTOS
☒	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		☒ FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO - 500 mL
☒	PACOTES GAZE		
☐	LUVA ESTERIL 7.0		FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
☐	LUVA ESTERIL 7.5		FRASCOS- SORO GLICOSADO
☐	LUVA ESTERIL 8.0		FIO VICRYL Nº
☐	LUVA ESTERIL 8.5		FIO MONONYLON Nº 2.0
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M/G)		FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
☐	LÂMINA BISTURI Nº 22		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
☐	DRENO DE SUÇÃO Nº		FIO CATGUT SIMPLES Nº
☐	DRENO DE TORAX Nº		FIO CATGUT CROMADO Nº
☐	DRENO DE PENROSE Nº		FIO PROLENE Nº
☐	SERINGA 01ML		FIO SEDA Nº
☐	SERINGA 03ML		SURGICEL
☐	SERINGA 05 ML		GERA PROSSO / Agulha / Raqui Nº 24 / 26
☐	SERINGA 10ML		KIT CATARATA Nº
☐	SERINGA 20ML		GEOFOAM PVP Júpiter
☒	Elétricos		FITA CARDIACA Encastilhada / Ampexa
☐	Canister de O ₂		OUTROS: <i>Fluorecência 2L.</i>
			<i>+100ml</i>
			<i>+80ml</i>
			<i>+150ml</i>

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Ana Renata + Luciano</i>	CAMENTOS	VALOR
ACIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA <i>HOSPITAL GOMES, S.R.L. Av. Brg. Eduardo Gomes, 514 Novo Planalto - Tel: 951 2121-3623</i>	SUB-TOTAL	
	AUTENTICAÇÃO <i>07 MAR 2020</i>	SALA	
		ANESTESIA	
		SOMA	

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital



BOLETIM OPERATÓRIO

Robert P. de S. Fell

Data: 28/02/20

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fx expst telr D; Fx fem Dsa D

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Fixação transcutânea em MTD

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Elozer 1º AUXILIAR: Velloso

2º AUXILIAR: Morus Ds INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

NÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- Ret Dsa + ansti

2- Amp + Antag + Agm. st

3- Lm exat en lén de pnt smt 1.6

4- Fx expst telr D + pnter - 1 fixação transcut

5- en mtd + radiografia + curat

R.N.

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Radiologia
CRM 11281 RR

Dr. Marcos
Ortopedia e Radiologia
CRM 11281 RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

"Amor à Pátria e ao Brasil"

FICHA DE ANESTESIA

ROBERTO PETERNIO DA SILVA PILOTO

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

M2 2,0mg/L (17.35h.
FOT 50 mg C / SATISFATORIO

H. IC

Nº

28.02.2020

AGENTES	Nº	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
DA	20															
X	02															
ULSO																
ANES																
X																
OP																
O																
TEMP																
ASPIR.																
A																
RESP																
O																
Export																
Assist																
Contiv																
SÍMBOLOS																

ECG, FC, SPO₂, PNI

A * 6 A L B O

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A BUPIVACAÍNA 0,5% / 12mg		Relevar a técnica de inserção - Baldão Suficiente e/ou para a Rota de Acesso - Utilizar o Punção	X CHECK LIST RP. ANESTESIA + MONITORIZAÇÃO
B			1- O ₂ sob CATETER NASAL SULMIN
C			2- Análise Arterial e Venosa (1)
D			ALCOZ 6- 10mg
E			- Interação (10mg) Suficiente em 15min
F			- 1- O ₂ sob CATETER NASAL
G			- 2- Análise Arterial e Venosa (1)
GLICOSE	LIQUIDOS	Cálculo - Naso / Oro Faríngeo	
NÍCIO		Naso / Orofaríngeo - Cega	
SANGUE		Bal - Tempo - Calibre do Tubo	
5. FIS 191	1.500 ml	Sub Moleculares	
TOTAL	1.500 ml	Dificuldade Técnica	
OPERAÇÃO		TEMPO DE ANESTESIA	
COLÓCADA FIXADA E TESTADA EM FÓRMULA E TESTADA A O		01.15	
ANESTESIA	CÓDIGO	QUIRÚRGICO	PERDA SANGÜÍNEA
DR. FABIAM		DR. ELDER	
R. EVERSON			

Alberto F. M. Henriques
Médico Anestesiologista
CRM 307/RR



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Roberto Patrícia da Silva Filho
Responsável Cirurgião Dr. Roberto

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- () Identidade
() Sítio Cirúrgico
() Procedimento
Consentimento () Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

() Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

() Sim () Não () Não se Aplica

() VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

() OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
() Não () Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
() Não

() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
() Não

() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Alberto F. M. Herrero
Alberto - Anestesiologista
CRM 302288

Assinatura

Hora: 17:01

Data 28/07/20

ANTES DA INCISÃO

Anestesiata Dr. Roberto da Silva

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- () Identificação do paciente
() Sítio cirúrgico
() Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

Revisão da equipe de enfermagem realizada
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

() Sim,

Qual:

Hora:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

() Sim

() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
() Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
() Sim () Não () Não se Aplicam

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
() Sim () Não

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

Assinatura e Carimbo



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

AGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

HAS

NEGA

DM2

DATA

NEGA

PRESCRIÇÃO

28/03/20

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3 SF 0,9% 500ML EV S/N

4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H

5 OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

6 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

7 NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4

8 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h

9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H

11 CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H

12 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

13 SSVV + CCGG 6/6 H

14 CURATIVO DIÁRIO

15 SN

16 Rotina

17 Realizar

18

19

20

21

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO: RX: # CONDUÇÃO: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

02/04/2020 Paciente no leito
sendo SSVV adm. medicação
pm

Maria Jesus Silva Duó
Téc. em Enfermagem
CRM: 5829.304



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Paciente: Roberto Zulmar de Silva Filho

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Leito: 1041

Data: 01/03/2020

Localização		Região: <u>pé direito</u>		Região: <u>pé direito</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tratamento</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tratamento</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()
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 () seca () Eritema / Rubor () Outro:		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u>compressa</u>	
Troca	() 12/12	() Diário	() 12/12	() Diário
Profissional que realizou procedimento:	Adonildes Vieira Araújo Técnico em Enfermagem COREN/PR 507.755/TE		Adonildes Vieira Araújo Técnico em Enfermagem COREN/PR 507.755/TE	
Observações:				

Ana Carolina Silva Garcia
Téc. em Enfermagem
COREN/PR 507.755/TE

Adonildes Vieira Araújo
Técnico em Enfermagem
COREN/PR 507.755/TE

Ana Carolina Silva Garcia
Téc. em Enfermagem
COREN/PR 507.755/TE



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: Roberto

Antônio de Silva Filho

Leito: 1042

Data: 01/03/2020

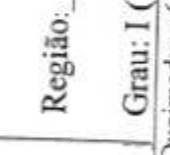
Localização		Região: <u>coxa esquerda</u>		Região: <u>perna direita</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tracão</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tracão</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()
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 () seca () Eritema / Rubor () Outro:		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12	() 48/48h	() 12/12	() 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adoula Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	Adoula Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	Adoula Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	Adoula Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE
Observações:				

Ass. Carla da Silva Costa
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 98.872

Ass. Carla da Silva Costa
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 304.622

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

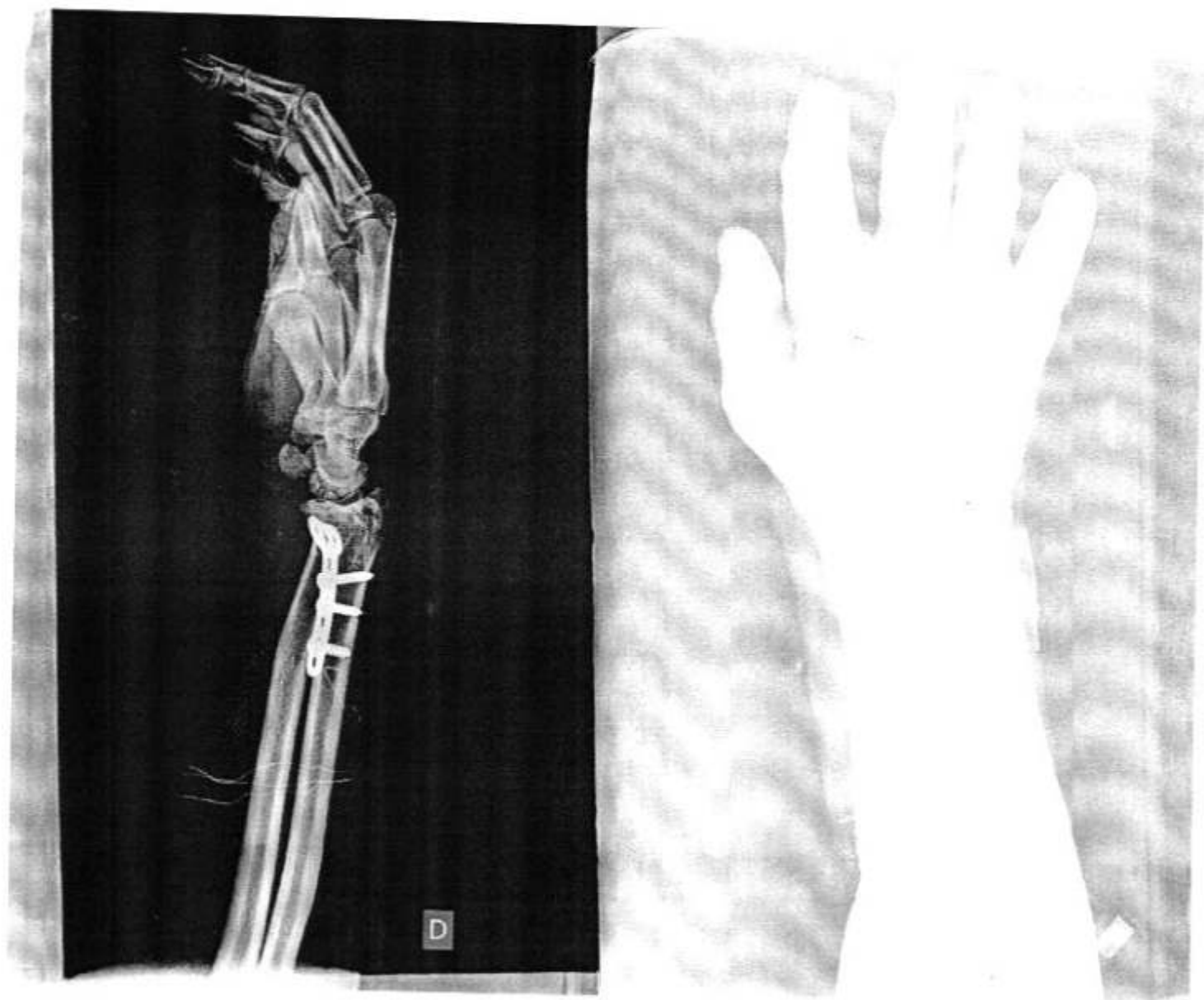
	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas -				
HGR	Paciente:	Roberto Roberto da Silva			
	Leito:	104.1			
		Data: 03/03/2020			

Localização			Região: <u>MiD</u>		Região: <u>MiD</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () DM () Vascular () Trauma : <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:		Grau: I () II (X)	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma : <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (X)
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 () seca () Eritema / Rubor () Outro:			() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro:			() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	(X) Molhado () Úmido () Seco			(X) Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%			(X) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h			() 12/12 (X) Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Adonildes Vieira Araujo Técnico em Enfermagem COREN-PR 507 795/TE			Adonildes Vieira Araujo Técnico em Enfermagem COREN-PR 507 795/TE	
Observações:					

Residência Nunes
Técnico em Enfermagem
COREN-PR 507 795/TE
Assinatura: [Assinatura]









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

2 VIA

Perito Papiloscópico do Polícia Civil
Diretor de Ident.

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271420/20

Vítima: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

CPF: 008.359.282-25

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 28/02/2020

Titular do CPF: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO : 008.359.282-25

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: 24/09/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

TORGANTE :

ME: Roberto Petronio da Silva Filho
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
FISSÃO: autônomo RG: 349823-4
: 008.359.282-25 ENDEREÇO: AV. Getulio Vargas de Pinho, 16
PRO: SP CIDADE: Boa Vista
: 69.316-409
MA: Roberto Petronio da Silva
: 008.359.282-25 DATA DO ACIDENTE: 28.02.2020
PREZUA: ☐ DAMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

TORGADA :

ME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
FISSÃO: autônomo
RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Laura Moreira

DERES:

a requerer o seguro DPVAT por Invalididez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo 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.

Boa Vista RR, 28 de Agosto de 20 20

x Roberto Petronio da Silva Filho
Assinatura

- Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271420/20

Vítima: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

CPF: 008.359.282-25

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 28/02/2020

Titular do CPF: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO : 008.359.282-25

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: 24/09/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200344047 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERTO PETRONIO DA SILVA **Data do acidente:** 28/02/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A
FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) 5
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PG.13,15_ SEM NEXO CAUSAL COM O ACIDENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00