
Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200283936

Vítima: ANTONIO FERNANDO DA CONCEICAO

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO FERNANDO DA CONCEICAO

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, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200283936

Vítima: ANTONIO FERNANDO DA CONCEICAO

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO FERNANDO DA CONCEICAO

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ANTONIO FERNANDO DA CONCEICAO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **341**

Agência: **000006953**

Conta: **0000026161-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200283936 **Cidade:** Caracarái **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FERNANDO DA CONCEICAO **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO.
FRATURA LUXAÇÃO DE HÁLUX DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE EM AMBAS LESÕES) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P8 P10)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 014.675.992-39 4 - Nome completo da vítima: Antonio Fernando da Conceição

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

5 - Nome completo: Antonio Fernando da Conceição 6 - CPF: 014.675.992-39
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: VC 02 do Anceiras 9 - Número: S/N 10 - Complemento:
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Caracaraí 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.000-000
15 - E-mail: lloirrr@ 16 - Tel. (DDD): (95) 38404-5368

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ 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: 6953 CONTA: 26161 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVÁLIDEZ 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.

NÃO ALFABETIZADO



35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Cleury Gonçalves Queiroz

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 638.725.522-87

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

40 - Local e Data: Boa Vista - RR, 03/08/2020

38 - 1ª | Nome: Camila de Souza Rocha
CPF: 000.626.672-03

Camila de Souza Rocha

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Milene Alves do Nascimento
CPF: 035.186.522-57

Milene Alves do Nascimento

Assinatura da testemunha

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
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042934/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/12/2019 11:50

Data/Hora Fim: 06/12/2019 11:57

Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 29/09/2019 19:00

Local do Fato

Município: Caracará (RR)

Bairro: rural

Logradouro: RR 432

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Caracará - RR

Logradouro: RR 432

Bairro: rural

Nome Civil: ANTONIO FERNANDO DA CONCEIÇÃO (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Caxias

Sexo: Masculino

Nasc: 29/04/1979

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Francisca Marcelina da Conceição

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 385611-9

Endereço

Município: Caracará - RR

Logradouro: Vicinal 2

Complemento: Projeto arco iris

Bairro: Rural

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Animal	Subgrupo	Suíno
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Desconhecido 1	Proprietário		
Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	028.715.272-37	Placa	NAM2577



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042934/2019-A01

Renavam 00831971169

Número do Chassi 9C2KC08104R077471

Cor AZUL

Município Veículo Rorainópolis

Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 07/05/2014

Número do Motor KC08E14077471

Ano/Modelo Fabricação 2004/2004

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido, Meio Empregado

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Antonio Fernando da Conceição

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A vítima informa que conduzia sua motocicleta pela via do ocorrido, quando avistou um porco que saia do mato e cruzava a via, de modo tão inesperado que não foi possível reduzir a velocidade desviando do mesmo, com segurança. Assim, a queda foi eminente e a fratura em seu tornozelo esquerdo além de várias escoriações pelo corpo se tornou resultante do acidente sofrido ali no local. Era o que tinha a informar.

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR/CORRIGIR PARA FINS DE SEGURO DPVAT, ALGUNS DADOS, O QUE FOI FEITO ACIMA, BEM COMO QUE A MOTOCICLETA DE PLACA NAM-2577, QUE CONDUZIA NO DIA DO ACIDENTE E SOFREU LESÕES CORPORAIS ESTÁ EM NOME DE RICARDO ALENCAR DA CUNHA. É o aditamento/acréscimo/correção.

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento




Antonio Fernando da Conceição
(Comunicante / Vítima)

"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."

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FERNANDO DA CONCEICAO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000026161-4

Autenticação:

38A9782857E06EB6ACC2F0B2F3EDB14263F588E87EF6B88C56730CCA476A1316



RORAIMA ENERGIA

 AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
 CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

 AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
 CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG EMISSOR/UF
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT/AB
AB

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

HP REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

02485240616

750009.000000001081.917005200055





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 PELA 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 Ilseir Inácio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512-07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Antônio Fernando da Conceição inscrito (a) no CPF sob o nº 014.675.992-39
segurador de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Antônio Fernando da Conceição
inscrito (a) no CPF sob o nº 014.675.992-39, 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 Lider - 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: Rua: Antônio Pinheiro Galvão
Bairro: Switits Cidade: Boa Vista
e-mail: Ilseirrr@hotmail.com

Número: 1832 Complemento: _____
Estado: RR CEP: 69.309-209
Tel. (DDD): (95) 99154-4282

Local e Data:

Boa Vista - 27/07/2020

Assinatura do Declarante

1900133305		29/09/2019 21:50:23		FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		NOTURNO 19-07		23	
Paciente ANTONIO FERNANDO DA CONCEICAO		Data Nascimento 29/04/1979		Idade 40 A 5 M 0 D		ONS 898003479158392		CPF		Prontuário	
Tipo Doc IDENTIDAD 3856119		Documento SSP RR		Data EmissÃo 25/04/2007		Sexo M		Estado Civil PARDA		Naturalidade CAXIAS	
Mãe FRANCISCA MARCELINA DA CONCEICAO				Endereço VICINAL - DO ARGOIRIS - - CENTRO - CARACARAI - RR		Contatos ---					
Class. de Risco		Plano Convenio SUS - SISTEMA NÍCNICO DE SAÚDE		N da Carteira		Validade		AutorizaÃo		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIMENTO		Carate do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedencia		Temp.		Peso	
Setor		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.				Registrado por: KEILA.JARINA			
Queixa Principal				() Sndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem						GSC		TOTAL			
						AO: 12 34 RV: 12 34 5 MRV: 12 3 4 5 6					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) <i>Pac. vítima de acidente de trânsito, com lesões em membros inferiores e dor no tórax.</i>											
Exame Físico											
Hipótese Diagnóstica <i>Franco de fraturas e hematomas.</i>											
SADT - Exames Complementares () RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:											
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
<i>TENOXILOL 400 - IV</i>						<i>Rut</i>			<i>Confere com original</i>		
<i>Suspeito de osteopatia</i>						<i>22:50</i>			<i>05.370.016/0001-00</i>		
<i>Recomendar Ortopedia</i>						<i>HOSPITAL REGIONAL SUL</i>			<i>CEP: 69.371-000</i>		
Conduta () Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Revelia () Transferência para: <i>03-10-2019</i> () Ambulatório () Observação (Até 24h) () Internação Data e Hora da Saída/Alta: / /											
Ábito Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica / /											
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico					
<i>[assinatura]</i>						<i>[carimbo]</i>					
1900133305											

22:10

7

pred. luxp 4VZ. e

Dela zero

mobilize

o Tildel 10, - ev 12, 12. 22 ²⁴/₁₀ 10

o D, arc 24 - 4/10 - SUSPENSO

o Dela zero operas 23:00.

avizados clinica com cont. lta.
Disponar ao C. Curgico

as 11:00h.

Confere
com. origina.
00.015.00
HOSPITAL REGIONAL FUL
GOVERNADOR ...
CEP. 69.370-970
RORAINOPOLIS
RR

24hs

T=

PA:

P=

06hs

T-30, +

P-20

R-24

o Dil posif



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

1ª Classificação
VERDE
Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

1901169415 03/10/2019 13:44:38

FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA

Paciente **ANTONIO FERNANDO DA CONCEIAO** Data Nascimento **29/04/1979** Idade **40 A 5 M 4 D** CNS **DIURNO 07-19** 133
Tipo Doc **IDENTIDADE** Documento **3856119** Órgão Emissor Data Emissão **M** Sexo **M** Estado Civil **PARDA** Naturalidade **BRASILEIRA** CPF **Prontuário**

Mãe **FRANCISCA MARCELINA DA CONCEIÇÃO** Pai **Contato** Nacionalidade **BRASILEIRA**

Endereço **RUA - PIRAIBA - 165 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR**

Ocupação **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco **VERDE** Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **Validade** Autorização **Sis Prenatal**
Motivo do Atendimento **SPA - PRONTO ATENDIM** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência** Temp. **36.50** Peso **120 x 90** Pressão **120 x 90**
Setor **PRONTO ATENDIMENTO** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. **Registrado por: DAIANA.KELLE**

Queixa Principal **FRATURA EM TORNOZELO e PÉ E.** ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

anamnese de Enfermagem
nega alergia, HAS, DM

GSC
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Paciente bateu de moto em um poste, com
e fraturas a fibula (E), no dia 29/09/19.

Exame Físico
- Paciente com curativo, nega dor no momento

Hipótese Diagnóstica

Fratura de fibula (paciente encaminhado de Roraima -
polis pela ortopedia)

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Jardim Planalto Tel (95) 2121-062
AUTENTICAÇÃO

2020
Certifico e Dou Fé que a presente
é fiel reprodução Original
representado neste Hospital

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 ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ronilson
Data Hora: 03/10/2019 13:57:33

© 2019
SISTEMA - Polígrafos em Telemática
Gr - Impressão em Saúde
Vers. 4.2.30 - 01/08/20

Carimbo e Assinatura do Médico
CHM 2062



1901169415

Ata: 08/10/19



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

BLOCO D

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANTONIO PERMANO DE CONCEIÇÃO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

F

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

175233

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Francisca Marcelina de Conceição

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Piribé - 165 - Santa Teresinha

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com fratura de fêmur (C)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

manutenção em casa

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

exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura fêmur (C)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura fêmur

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

OTOPRIN

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

D. JONATAS R. ANGELO ANGELO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

3/10/19

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. Órgão Emissor

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

3/10/19

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

308010019

T668



PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME:

IDADE:

REGISTRO:

BLOCO:

ENFERMARIA:

LEITO:

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

PARA:

Dados Clínicos:

paciente com quadro de torção
solto Rino Aringio.
Grato!

7.10.19

Data

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

Médico

07/10/2019

Parecer de

Seu Quarta Ortopedia Feito.

RA: 110 x 106/100 R/O: R/O Fe: 186/1

No. 100 presente no R/A por hemorragia.

Plano de plano Sinal. Extremidades frias.

Polígrafo, see R/O de 12/15.

ECG Distúrbio de condução de 1º grau

Data

Médico

Vire



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Antonio Fernandes do Carmo 40 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 3/10/19 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura torçãõ E

NO DIA 1/11/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
intorno SENDO

OPERADO PELO DR. Jonatas E DR. M. A.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 8/10/19 ÀS 9 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1/11/19 ÀS 15 COM O

DR. procedimento curativo marcado
para dia 31/01/20

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
v. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Jovo Planalto Tel (95) 2121-062
AUTENTICAÇÃO

2020
Certifico e Dou Fé que a presente
é fiel Reprodução Original
emitido neste Hospital

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR

8/10/19

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



GOVERNO DO PARANÁ
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: ANTONIO FERNANDES DE CARVALHO RECIBUÁRIO

LAUDO MÉDICO

Paciente - fêmea - acidente
9 de 20/10/19, apresentando

fratura de tornozelo esquerdo,
operada no HCU em 26/10/19

CLD. S B 2

Tempo aproximado de internação
da paciente em estado de inconsciência
diária

DATA: 15/11/19

Dr. Jesus A. Lopez Ag.

Assinatura do Médico

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Melo, 830 - Centro - 81130-000
CEI: 69.301-150 - CNPJ: 04.013.403/0001-00



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 20/08/19 O.S. _____

Antonio de Conceição

Halux jo apresenta deformidade pre-existente devido pro-
tuso antigo

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____
TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

Confere
com original

RELATÓRIO CIRURGICO

05.370.016/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OLYMPIO DE SOUSA PINTO

BR 174 - P.O. 174
CEP. 69.370-870

FORAÍPOLIS

RR

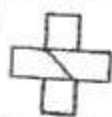
1) Fala D H N L A

2) Músculo / Alça / C / C

3) encontro a prot. T N Z e + luxa
prot luxa halux e

4) xodys in cristo T N Z + xodys in cristo Halux
comete lesão em FIOK cirurg. T N Z p 1º tempo
devido inoperabilidade de cond. de pch
mais normal

5) Fala D H N L A



SUS

Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

BLOCO D

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

altg: 01/11/19

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 9 1 8 0 0 3 1 4 1 7 9 1 5 8 3 9 1 2

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/04/79

16 - N° DO PRONTUÁRIO

175233

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Francisca Mangelina da Lorena

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Vicinal Arco Iris

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caracará

11 - TELEFONE DE CONTATO

959 9 11632819

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

140020R

15 - UF

RJ

16 - CEP

26931410912

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Acidente de trabalho com deformidade no 2º e 3º

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

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

Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fx 1º e 2º e 3º

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

CNS

CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31084010000

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Carlos Henrique da Rosa

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

38 - SÉRIE

41 - CBOR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 31/10/19

O.S. _____

Autaro Fernando
Da Conceição

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fx TN2 @ Ant. 2°

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Osteogênese TN2 @

Tipo de Intervenção:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. C. Borges

1º AUXILIAR:

Dr. Jesus

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

Dr. Melo

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Incisão lateral
- Encontra-se TN2 subclavado anteriormente
- Fx Fíbula
- Redução
- Estabilização com placa 1/3 cava
- 8 pontos
- Incisão 1/2 Ant. Encontra-se
- Luxação patelo 1/2
- Redução
- Estabilização com 02 fios de sutura
- Esparadros (não pode ser feita a
- compressão X 3w rosca forte
- Fechamento x Placa

Carlos Enrique L.
CRM 12345



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

40ª

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Antonio Fernando da Conceição		404-5	00175233	31 110 1 19	
TIPO		CIRURGIA			
Osteossíntese de TNZ (E)		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		16:35	18:15		
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA				
Dr. Jesus	ANESTESISTA: Dr. Michel				
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA: Res. Carlos				
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR: Fagner				
TIPO DE ANESTESIA: Ráque		CIRCULANTE: Raimundo e Hilma			
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250 ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
6	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
4	LUVA ESTERIL 7.5		☒	FIO VICRYL Nº 0	
	LUVA ESTERIL 8.0		☒	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
2	LÂMINA BISTURI Nº 24 + 10			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		☒	SURGICEL Hóduro de creppm	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSE JELCO Nº 18	
3	SERINGA 05 ML		5	KIT CATARATA Nº Eletrodos	
2	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Coverer 02	
4	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA Agulha P/ ráque	
			1	OUTROS: EQUIPO macrogomas	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR
		Rouciro e Rebeca			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	SUB-TOTAL		
			TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Antonio Fernando do Carmo 40 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 30/10/19, COM
DIAGNÓSTICO DE fx de tornozelo esquerdo
NO DIA 27/10/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Distensão de tornozelo esquerdo SENDO
OPERADO PELO DR. Jesus E DR. Carlos Henrique
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 1/11/19, ÀS 10 horas, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 12/11/19, ÀS 10 horas, COM O
DR. Jesus

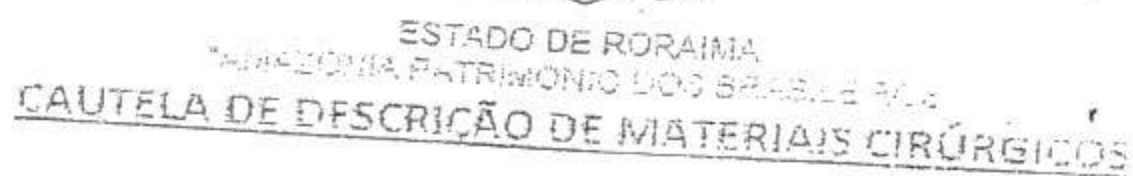
ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

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

BOA VISTA, 1/11/19



Dados dos materiais/Serviço

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Jesus

~~Dr. Jesus Lopez Aguirre~~
CRM-RR 566

1º AUXILIAR: Dr. Carlos Enrique

INSTRUMENTANDO: Fagner

AVIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
OPME/CME



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG. EMISSOR
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. HAB.
AB

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

02485240616

750009.000000001081.917005200055



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 385611-9 DATA DE EXPIRAÇÃO 25/04/2017

NOME
ANTONIO FERNANDO DA CONCEIÇÃO

FILIAÇÃO
FRANCISCA MARCELINA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE
CAXIAS - MA

DATA DE NASCIMENTO
29/04/1979

DOC ORIGEM
CERTD NASC 71.708 FLS 136 LIV A-58

CAXIAS-MA

CPF

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Fapiloscópico da Polícia Civil
Diretor do ROC

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CROZATO

Polgar Direito

NAO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
014.675.992-39

Nome
ANTONIO FERNANDO DA CONCEICAO

Nascimento
29/04/1979

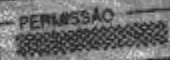
CÓDIGO DE CONTROLE
1D71.2731.0335.685E



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:55:37 do dia 09/04/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Unidade Consumidora 1482734		Nome do Cliente MARINALVA ALVES DA CONCEICAO	
Endereço VC 02 DO ARCOIRES, S/N , KM 5 PARAIZO VITOR - RURAL			
Mês de Faturamento	Data de Vencimento	Valor	Situação
02/2020	06-MAR-20	R\$ 42,29	PAGO
01/2020	06-FEB-20	R\$ 68,34	PAGO
12/2019	06-JAN-20	R\$ 117,84	PAGO
11/2019	06-DEC-19	R\$ 23,56	PAGO
10/2019	06-NOV-19	R\$ 53,12	PAGO
09/2019	06-OCT-19	R\$ 30,25	PAGO
08/2019	06-SEP-19	R\$ 45,71	PAGO
07/2019	06-AUG-19	R\$ 51,08	PAGO
06/2019	06-JUL-19	R\$ 52,93	PAGO
05/2019	06-JUN-19	R\$ 66,63	PAGO
04/2019	06-MAY-19	R\$ 65,33	PAGO
03/2019	06-APR-19	R\$ 43,09	PAGO
02/2019	06-MAR-19	R\$ 33,49	PAGO
01/2019	06-FEB-19	R\$ 35,47	PAGO
12/2018	06-JAN-19	R\$ 22,86	PAGO
11/2018	06-DEC-18	R\$ 30,43	PAGO
10/2018	06-NOV-18	R\$ 33,71	PAGO
09/2018	06-OCT-18	R\$ 20,54	PAGO
08/2018	06-SEP-18	R\$ 19,39	PAGO
07/2018	06-AUG-18	R\$ 18,71	PAGO
06/2018	06-JUL-18	R\$ 20,89	PAGO
05/2018	06-JUN-18	R\$ 17,47	PAGO
04/2018	06-MAY-18	R\$ 21,46	PAGO
03/2018	06-APR-18	R\$ 20,96	PAGO
02/2018	06-MAR-18	R\$ 24,72	PAGO
01/2018	06-FEB-18	R\$ 19,35	PAGO

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO 			
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1475599061	NOME CAMILA DE SOUZA ROCHA	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 272779 SSP RR	
		CPF 000.626.672-03	DATA NASCIMENTO 04/12/1989
	PLACAO IRAN VIEIRA ROCHA GREICE HELENA PEREIRA DE SOUZA		
	PERMISSÃO 	ACC 	CAT. HAB. AB
	Nº REGISTRO 06629250059	VALIDADE 15/01/2021	1ª HABILITAÇÃO 31/05/2016
OBSERVAÇÕES 			
PROIBIDO PLASTIFICAR 1475599061	 ASSINATURA DO PORTADOR		
	LOCAL BOA VISTA, RR	DATA DE EMISSÃO 05/06/2017	
	 FRANCISCO FLAMARION PORTELA DIRETOR PRESIDENTE RETENÇÃO ASSINATURA DO EMISSOR		
	 RORAIMA		
DENATRAN			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Pollegar Direito

ASSINATURA DO TITULAR

Milene Alves do Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

08/02/2008

REGISTRO GERAL 370894-2

DATA DE EXPEDIÇÃO

NOME MILENE ALVES DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO EDMUNDO NOURA DO NASCIMENTO

ANA CRISTINA ALVES DE SOUZA DO NASCIMENTO

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM CERTID. NASC 91998 FLS 238 LIV. A-0141

BOA VISTA - RR

CPF

1 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do IIOC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DATA DE NASCIMENTO 08/03/1997

P 1

1090482407

1090482407

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME CLEUBERY GONCALVES QUEIROZ	DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR/F 156053 SSP RR
	DATA NASCIMENTO 28/06/1977
FLUPIO VALDEMAR MENDES QUEIROZ MARIA ANTONIA GONCALVES QUEIROZ	OFF 638.725.522-87
PENALÇÃO ☐ ACC ☒ CATAB AD	HABILITAÇÃO 10/11/2002
Nº REGISTRO 02684549114	VALIDEZ 11/11/2020
OBSERVAÇÕES Exerce ativ remunerada	
ASSINATURA DO PORTADOR 	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 23/11/2015
ASSINATURA DO EMISSOR  LUIZ EDSON DE SÁTE CASTILHO EMPRESARIO DE TRAFEGO VEICULAR	
60547584281 RR208622101	

PROIBIDA A FOTOCOPIAGEM SEM AUTORIZACAO DA AUTORIDADE COMPETENTE

PUE TRAN - RR (RORAIMA)

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Antonio Fernando da Conceição

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Agricultor

IDENTIDADE: 385611-9 SSP/RR

ENDEREÇO: VC. 02 do Arcoíris, S/N, Paraíso, Canacari - RR.

OUTORGADO

NOME: Ilmar Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114807 SSP/RR

ENDEREÇO: Rua: Antonio Pinheiro Galvão - 5832, Curitiba

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

29 / 09 / 2019 cobertura Imobilidade, vítima:

Antonio Fernando da Conceição

Á rogo: [Assinatura]

CPF: 638 / 725 / 522-87



outorgante

TESTEMUNHA

1 Camila de Souza Rocha CPF: 000.626.672-03

2 Milene Alves do Nascimento CPF: 035.186.522-57

BOA VISTA-RR, 03 DE Agosto /2020.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0222745/20

Vítima: ANTONIO FERNANDO DA CONCEICAO

CPF: 014.675.992-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO FERNANDO DA CONCEICAO

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

ANTONIO FERNANDO DA CONCEICAO : 014.675.992-39

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: 10/08/2020
Nome: ANTONIO FERNANDO DA CONCEICAO
CPF: 014.675.992-39

ANTONIO FERNANDO DA CONCEICAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/08/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO