

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início   Ações 1º Grau   Ações 2º Grau   Parecer   Citações   Intimações   Audiências   Sessões 2º Grau   Buscas   Estatísticas   Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2948692820210108172305

Processo 0800933-63.2020.8.23.0020 ☆ - (35 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

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

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

Filtros

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

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

Descrição:

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	
<input type="checkbox"/>	12	08/01/2021 17:23:05	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (08/12/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	12.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2775440CONTESTACAO01.pdf	Público
	12.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2775440CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
	12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
	11	21/12/2020 00:03:56	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo Perito VITOR PARACAT SANTIAGO(Leitura automática em 20/12/2020 às 23:59)) em 21/01/2021 com prazo de 10 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (08/12/2020) e ao evento de expedição seq. 9.	SISTEMA CNJ
	10	21/12/2020 00:00:43	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 21/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (08/12/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
	9	09/12/2020 10:23:55	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para Perito VITOR PARACAT SANTIAGO com prazo de 10 dias úteis - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (08/12/2020)	Leidson da Silva - SJRI Analista Judiciário
	8	09/12/2020 10:23:43	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: VITOR PARACAT SANTIAGO habilitado até 19/03/2021 (100 dias)	Leidson da Silva - SJRI Analista Judiciário
	7	09/12/2020 10:22:38	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (08/12/2020)	Leidson da Silva - SJRI Analista Judiciário
<input type="checkbox"/>	6	08/12/2020 09:26:34	CONCEDIDO O PEDIDO	NILDO INÁCIO Magistrado
	5	04/12/2020 17:08:41	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
	4	04/12/2020 17:08:41	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
	3	04/12/2020 17:08:41	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
	2	04/12/2020 17:08:41	DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA Vara Cível Única de Caracarái	SISTEMA CNJ
<input type="checkbox"/>	1	04/12/2020 17:08:40	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 16020460



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00339/00340 - carta\_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5N2 64DSQ ZUYUS M36SK

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200283936 **Cidade:** Caracará **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



Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVÁLIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> 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: SIN	10 - Complemento:
11 - Bairro: rural	12 - Cidade: Caracaraí	13 - Estado: RR	14 - CEP: 69.000-000
15 - E-mail: ILOIRRR@	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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
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			
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:			
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.			
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vairascos)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Cleber Gonçalves Queiroz		38 - 1ª   Nome: Camila de Souza Rocha	
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 638.725.522-87		CPF: 000.626.672-03	
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):		Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data: Boa Vista - RR, 03/08/2020		39 - 2ª   Nome: Milene Alves do Nascimento	
		CPF: 035.186.522-57	
		Assinatura da testemunha	
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)	
42 - Assinatura do Representante Legal (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: Caracarái (RR)  
Logradouro: RR 432

Bairro: rural

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: Caracarái - 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)

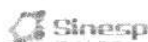
RG - Carteira de Identidade: 385611-9

Endereço

Município: Caracarái - RR  
Logradouro: Vicinal 2  
Complemento: Projeto arco iris  
Bairro: Rural

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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



Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 06/12/2019 11:58  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042934/2019-A01

Renavam 00831971169	Número do Motor KC08E14077471
Número do Chassi 9C2KC08104R077471	Ano/Modelo Fabricação 2004/2004
Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Rorainópolis	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS
Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 07/05/2014	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Fernando da Conceição	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.**

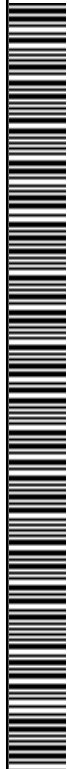
ASSINATURAS

 Jefferson Inacio Araujo Agente de Policia Matricula 42000908 Responsável pelo Atendimento	 AGENTE DE POLÍCIA	 Antonio Fernando da Conceição (Comunicante / Vítima)
---	--	--

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







04-05-2020

Via de Pagamento para o mês/ano 05/2020 referente a UC 1089170



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  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / RG EMISSORAF  
114807 SSP RR

CPF  
303.051.512-04

DATA NASCIMENTO  
07/04/1978

FILIAÇÃO  
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO  
[ ] ACC [ ] CATAMB AB

VALIDADE  
28/01/2026

1ª HABILITAÇÃO  
15/12/1999

01101952304

096

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
30/01/2015

02485240616

750009.000000001081.917005200055



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.trj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5N2 64DSQ ZUYUS M36SK



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PLO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Gleir Inácio de Souza  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.053.532-04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Antônio Fernando da Conceição inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.675.992-39  
Beneficiário do DPVAT cobertura Invalidez da Vítima: Antônio Fernando da Conceição  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.675.992-39, 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 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: Rua: Antônio Pinheiro Galvão  
Bairro: Barritus Cidade: Boa Vista  
e-mail: Gleirrr@hotmail.com

Número: 5832 Complemento: \_\_\_\_\_  
Estado: RR CEP: 69.309-209  
Tel. (DDD): (95) 99354-4282

Local e Data:

Boa Vista - 27/07/2020

Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO

BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL

CNPJ: 05.370.016/0001-00

UVE. de Pousu  
AGRAVO: Acid.  
Data 02/10/19  
Notificador(a) (P)



22:10  
7 pred. luxp Tuz. e

Dela zero

molitig e

o T. l. d. l. 10, - eu 12, 12. 22:10 10

o D. p. r. e. l. - e. l. a. - SUSPENSO

o D. e. l. zero o. p. e. l. 23:00.

- a. i. d. o. s. c. i. n. c. o. s. c. o. n. t. e. l. e. s.  
Disponar ao C. C. r. e. g. i. o

as 11:00h.



24hs T=  
PA:  
P=  
-

06hs  
T-36,7  
P-80  
R.-24


o D. l. p. o. s. e. l.

h.

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação	Reclassificação	M. Pradon M. L. L.		M. Pradon M. L. L.	
Secretaria de Estado da Saúde		VERDE	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	M. Pradon M. L. L.		M. Pradon M. L. L.	
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE				M. Pradon M. L. L.		M. Pradon M. L. L.	
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308				M. Pradon M. L. L.		M. Pradon M. L. L.	
1901169415	03/10/2019 13:44:38	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19 133	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
ANTONIO FERNANDO DA CONCEIAO		29/04/1979		40 A 5 M 4 D			
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão	
IDENTIDADE		3856119					
Mãe		Sexo		Estado Civil		Raça/Cor	
FRANCISCA MARCELINA DA CONCEIÇÃO		M				PARDA	
Endereço		Pai		Naturalidade		Nacionalidade	
RUA - PIRAIBA - 165 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR						BRASILEIRA	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	
VERDE		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo de Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	
SPA - PRONTO ATENDIM		URGÊNCIA					
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Temp.	
PRONTO ATENDIMENTO		DEMANDA ESPONTANEA				36.50	
Queixa Principal		Sintoma		Sintoma		Sintoma	
FRATURA EM TORNOZELO e PÉ E.		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem		Anamnese de Enfermagem		Anamnese de Enfermagem		Anamnese de Enfermagem	
nega alergia, HAS, DM							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)		GSC		TOTAL			
		AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6					
Exame Físico		Exame Físico		Exame Físico		Exame Físico	
- Paciente bateu de moto em um porco, caiu e fraturou a fibula (E), no dia 29/09/19.							
Hipótese Diagnóstica		Hipótese Diagnóstica		Hipótese Diagnóstica		Hipótese Diagnóstica	
Fratura de fibula (paciente encaminhado de Roraima - pois pela ortopedia)							
SADT - Exames Complementares		SADT - Exames Complementares		SADT - Exames Complementares		SADT - Exames Complementares	
<input type="checkbox"/> RAO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO		PRESCRIÇÃO		PRESCRIÇÃO		PRESCRIÇÃO	
APRAZAMENTO		APRAZAMENTO		APRAZAMENTO		APRAZAMENTO	
OBSERVAÇÃO		OBSERVAÇÃO		OBSERVAÇÃO		OBSERVAÇÃO	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N		Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N		Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N		Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N	
Novo Planalto Tel (95) 2121-062		Novo Planalto Tel (95) 2121-062		Novo Planalto Tel (95) 2121-062		Novo Planalto Tel (95) 2121-062	
AUTENTICAÇÃO		AUTENTICAÇÃO		AUTENTICAÇÃO		AUTENTICAÇÃO	
2020		2020		2020		2020	
Certifico e Dou Fé que a presente		Certifico e Dou Fé que a presente		Certifico e Dou Fé que a presente		Certifico e Dou Fé que a presente	
é fiel reprodução Original		é fiel reprodução Original		é fiel reprodução Original		é fiel reprodução Original	
apresentado neste Hospital		apresentado neste Hospital		apresentado neste Hospital		apresentado neste Hospital	
Conduta		Conduta		Conduta		Conduta	
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia		<input type="checkbox"/> Alta a Revelia		<input type="checkbox"/> Alta a Revelia		<input type="checkbox"/> Alta a Revelia	
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: ORTOPEDIA		<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: ORTOPEDIA		<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: ORTOPEDIA		<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: ORTOPEDIA	
óbito		óbito		óbito		óbito	
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Destino: <input type="checkbox"/> Família		Destino: <input type="checkbox"/> Família		Destino: <input type="checkbox"/> Família		Destino: <input type="checkbox"/> Família	
<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica		<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica		<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica		<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica	
Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura do Paciente ou Responsável	
Carimbo e Assinatura do Médico		Carimbo e Assinatura do Médico		Carimbo e Assinatura do Médico		Carimbo e Assinatura do Médico	
Impresso por: ronilson		Impresso por: ronilson		Impresso por: ronilson		Impresso por: ronilson	
Data Hora: 03/10/2019 13:57:33		Data Hora: 03/10/2019 13:57:33		Data Hora: 03/10/2019 13:57:33		Data Hora: 03/10/2019 13:57:33	
1901169415		1901169415		1901169415		1901169415	

Anexo I

Ata: 08/10/19

**SUS** 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 **BLECO D**  
2 - CNES  
4 - CNES

**Identificação do Paciente**  
5 - NOME DO PACIENTE **ANTONIO FERNANDES DA CONCEIÇÃO**  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
8 - DATA DE NASCIMENTO  
9 - SEXO **Masc. 1 Fem. 3**  
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL **Francisca Marcelina de Conceição**  
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE  
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) **R. P. 162 - 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**  
**Dor e com disfunção de tornozelo**

**18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
**manutenção cirúrgica**

**19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)**  
**exame físico**

**20 - DIAGNÓSTICO INICIAL** **Disfunção de tornozelo**  
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO** **PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
**Artroscopia**  
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE **D. JOVATTA PEREIRA ANTONIO** 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 45 - DOCUMENTO 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO **3/10/19** 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR **0308010019**  
**Carimbo T668**



PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME:

IDADE:

REGISTRO:

BLOCO:

ENFERMARIA:

LEITO:

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

PARA:

Dados Clínicos:

paciente com fratura de fêmur  
Solto Riso Cirurgico.  
Grato!

7.10.19  
Data

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

07/10/2019

Parecer de

Seu Queixa: Ortopedia e Traumatologia

RA: 110 x 106/100. RAC: RAC Fe- 186/11  
Bula com fratura

No. No presente see RACs tem fratura.  
Placa e placa Similico. Enteses falsas  
Pelotas, see Placa de 115.

ECG Distúrbio de condução de 1º grau  
Direito

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 Francisco do Nascimento 40 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 3/10/19 COM  
DIAGNÓSTICO DE fratura torçãõ E  
NO DIA 1/1/, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE torçãõ SENDO

OPERADO PELO DR. Jonathan 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 1/1/, ÀS 1, COM O

DR. procedimento cirurgico realizado  
por dia 31/10/19

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/Nº  
Jovo Planalto Tel (95) 2121-062  
AUTENTICAÇÃO

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

8/10/19

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1984



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

NOME: ANTONIO FERRARI JR. CORREIA RECIBUÁRIO

LAUDO MÉDICO

Paciente sobe acidente  
9 dia 20/10/19, apresentando  
fratura de tornozelo esquerdo,  
operado no HCU - dia 20/10/19

CLD. S B 2

Tempo de evolução de fratura  
da perna esquerda é de 30 dias/cento/  
dia

DATA 14/11/19

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar  
Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Melo, 830 - Centro Boa Vista RJ  
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: 20/12/20 O.S. \_\_\_\_\_

Antonio do Conceito

# Halux jo apresenta deformidade pre-existente do 1º dedo do pé direito.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: \_\_\_\_\_

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

Proct. D. maleolar  
+ luxação +  
proct. luxação Halux e

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 LUIZ CARLOS DE SOUSA PINTO

Bf 174 - Vesp. 174

CEP. 69.370-870

RORAINÓPOLIS

RR

- 1) Fecho D. H. V. L. A.
- 2) Luxação / H. m. p. / c. v. c.
- 3) encontro do proct. T. N. Z. e + luxação  
proct. luxação Halux e
- 4) redução imediata T. N. Z. + redução imediata Halux  
com teste de L. e. F. I. O. K. c. v. c. T. N. Z. p. 1º tempo  
devido à impossibilidade de redução de proct.  
mal normal
- 5) Fecho do proct. / H. m. p. / c. v. c. / R. P. A.

altg: 01/11/19

**BLOCO D**

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**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 Acidete Fernando Da Conceição

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 819180103141791151831912

8 - DATA DE NASCIMENTO 29/04/79

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL Francisca Margelina da Lorena

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) Thinal Arco Iris

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Paracatu

16 - N.º DO PRONTUÁRIO 175233

9 - SEXO M

11 - TELEFONE DE CONTATO 915991163289

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 140020R

15 - UF RJ

16 - CEP 26931140

**17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS** **JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

Acidete há + de 1 mes com deformidade SN2 (E)

**18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

CRUR611

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

R+

**20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO**

Fa SN2 (E) Aut-gs

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

**24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO** **PROCEDIMENTO SOLICITADO**

Osteossíntese SN2 (E)

26 - CLÍNICA \_\_\_\_\_

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO \_\_\_\_\_

28 - DOCUMENTO \_\_\_\_\_

29 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE \_\_\_\_\_

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Antônio da Silva

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_

**33 - ACIDENTE DE TRABALHO** **34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO** **35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO**

**36 - CNPJ DA SEGURADORA** **37 - CNPJ EMPRESA** **38 - SÉRIE**

**39 - CNPJ EMPRESA** **40 - CNAE DA EMPRESA** **41 - CBOR**

**42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA** **43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR** **44 - COD. ORGÃO EMISSOR** **45 - DOCUMENTO** **46 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR** **47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO** **48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)** **49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

04080505783825



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 31/10/19

O.S. \_\_\_\_\_

Autore: Fernando  
Da Conceição

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fx TN2 @ Anter.

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Tipo DE INTERVENÇÃO:

Osteosíntese TN2 @

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. C. B. B. B.

2º AUXILIAR:

1º AUXILIAR:

Dr. Jesus

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESISTAS:

ANESTESIA:

INÍCIO:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Incisão lateral
- Encontra-se TN2 subluxado anteriormente
- Fx Fíbula
- Redução
- Estabilização com placa 1/3 com 8 parafusos
- Incisão 1/2 Anter. Encontra-se
- Luxação Patela 1/2
- Redução
- Estabilização com 02 parafusos
- Esparafusos (não pode ser feita a compressão X ser rasca todo)
- Fechamento x Placa

Carlos B. B. B.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

### FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

409

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Antonio Fernando da Conceição	404-5	00175233	31 10 19

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
Osteossíntese de TNZ (E)	INICIO FIM TEMPO TOTAL
	16:35 18:15

CIRURGIÃO	Dr. Jesus	EQUIPE MÉDICA
1º AUXILIAR	Dr. Carlos Enrique	ANESTESISTA: Dr. Michel
2º AUXILIAR		RES. ANESTESIA: Res. Carlos
		INSTRUMENTADOR: Fagner

TIPO DE ANESTESIA: Raque	CIRCULANTE
	Raimundo e Hilma
	TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	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		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO VICRYL Nº 0	
	LUVA ESTERIL 8.0		<input checked="" type="checkbox"/>	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		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGICEL Afoduro de creppm	
	SERINGA 03ML		1	CERA PROSSO Jelco nº 18	
3	SERINGA 05 ML		5	KIT CATARATA Nº 7 Eletrodos	
2	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Coverer 62	
4	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA Agulha P/ raque	
			1	OUTROS: EQUIPO macrogonas	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	VALOR
	Raquel e Rebeca	SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	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

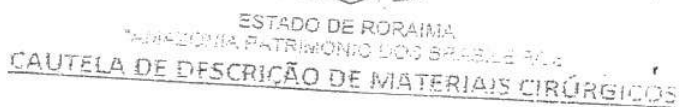
PACIENTE Antonio Fernando do Conceição 40 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 30/10/19, COM  
DIAGNÓSTICO DE fr de fêmur do esquerdo  
NO DIA 30/10/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Osteossíntese de fratura de fêmur do esquerdo SENDO  
OPERADO PELO DR. Jesus E DR. Carlos Henrique  
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 11/11/19, 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, 11/11/19



Hospital Geral de Roraima		Dados dos materiais/Serviço		Dados Adicionais:	
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.	MARCA	
01	Placa 1/3 de Corno com 8 furos ✓	01	01		
02	Parafusos corticais 40 ✓	01	04		
03	Parafusos Esponjados 18 ✓	01	01		
04	Parafusos Esponjados 20 ✓	01	02		
05	Parafuso esponjoso n° 50 ✓	02	02		

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Jesus

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

1º AUXILIAR: Dr. Carlos Enrique

INSTRUMENTARIO: Fagner

2 VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE  
# OPME/CME

cinquante Cents de Romanes

04-05-2020

Via de Pagamento para o mês/ano 05/2020 referente a UC 1089170



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  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / RG EMISSOR  
114807 SSP RR

CPF  
303.051.512-04

DATA NASCIMENTO  
07/04/1978

FILIAÇÃO  
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO  
[ ] ACC [ ] CATAMB AB

VALIDADE  
28/01/2026

DATA DE EMISSÃO  
30/01/2015

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
30/01/2015

02485240616

750009.000000001081.917005200055



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.trj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5N2 64DSQ ZUYUS M36SK

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME  
**ANTONIO FERNANDO DA CONCEIÇÃO**

FILIAÇÃO  
**FRANCISCA MARCELINA DA CONCEIÇÃO**

NATURALIDADE  
**CAXIAS - MA**

DATA DE NASCIMENTO  
**29/04/1979**

DOC ORIGEM  
**CERTO NASC 71.708 FLS 136 LIV A-58**

CAXIAS-MA

CPF

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Perito Papiloscópico da Polícia Civil  
Diretor do IGC

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 ODILE CRUZ

Polg. Dir.eito

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

Lista de Faturas da UC: 1482734

Faturas da UC: 1482734

[x] Sair

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

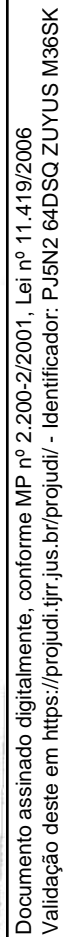
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5N2 64DSO ZUYUS M36SK





VALIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1090482407

1090482407



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Antonio Fernando da Conceição  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
PROFISSÃO: Agricultor  
IDENTIDADE: 385615-9 SSP/RR  
ENDEREÇO: VC. 02 do Arcoíris, S.M., Paraíso, Canacari - RR.

OUTORGADO

NOME: Slor Inacio de Souza  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
PROFISSÃO: Autônomo  
IDENTIDADE: 114807 SSP/RR  
ENDEREÇO: Rua: Antonio Pinheiro Galvão - 5832, Buites

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 Imovelidade vítima:  
Antonio Fernando da Conceição

À rogo:

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](http://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

