

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: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
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		
		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		
	11 21/12/2020 00:03:56	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Lider 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		
	10 21/12/2020 00:00:43	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		
	9 09/12/2020 10:23:55	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: VITOR PARACAT SANTIAGO habilitado até 19/03/2021 (100 dias)	Leidson da Silva - SJRI Analista Judiciário		
	8 09/12/2020 10:23:43	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Lider 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 Caracaraí	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. 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. 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, retorno 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: Caracaraí

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 - N° 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 N° 445/2012

5 - Nome completo:

antonio fernando da conceição
agricultor

11 - Gênero:

masculino

15 - E-mail:

ILORRR@

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:

RECUZO INFORMAR

SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

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

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO



Cláudia Gonçalves Querino

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

638.725.522-87

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

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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 64DSQ M36SK

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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 Policia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 29/09/2019 19:00

Local do Fato

Município: Caracaraí (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: Caracaraí - 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: Caracaraí - RR
Logradouro: Vicinal 2
Complemento: Projeto arco íris
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

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
PÓLICIA 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 COMPARCEU 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 CORPORALIS ESTÁ EM NOME DE RICARDO ALENCAR DA CUNHA. É o aditamento/acríscimo/correção.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Alertamento

Antonio Fernando da Conceição
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou(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 335-Devolução Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



ITAU - 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





卷之三

Via de Pagamento para o mês/ano 05/2020 referente a UC 10891/0



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, GENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

RORAIMA ENERGIA

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILÔIS INACIO DE SOUZA

B. ANTONIO P GALVÃO, 1832, 4

R. ANTO
BUBITIS

69309209 BOA VISTA

IE:240070223

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

escoite aqui

BORAIMA ENERGIA



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089179	05/2020	R\$ 554,71



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
/Validação deste em <https://pjudi.tjpr.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 ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir o cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

1 SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, 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 PESQUISADAS NA LEI N° 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Flávia Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.053.532-07, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio Fernando da Conceição inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.675.992-39

titular da 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 à 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: Buritis Cidade: Boa Vista
E-mail: flairr@hotmail.com

Número: 3832 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

1900133305	29/09/2019 21:50:23	FICHA DE ATENDIMENTO			CLINICA MEDICA			NOTURNO 19-07	23
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
ANTONIO FERNANDO DA CONCEICAO		29/04/1979	40 A 5 M 0 D	898003479158392					
Tipo Doc	Documento	Árgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade		
IDENTIDAD	3856119	SSP RR	25/04/2007	M		PARDA	CAXIAS		
Mãe			Pai						
FRANCISCA MARCELINA DA CONCEICAO									
Endereço				Contatos					
VICINAL - DO ARCOIRIS - - CENTRO - CARACARAI - RR				---					
Class. de Risco	Plano Convenio	N da Carteira	Validade	Autorização		Sis Prenatal			
SUS - SISTEMA ÑANICO DE SAÑDE									
Motivo do Atendimento	Carate do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedencia	Temp.	Peso	Pressão			
SPA - PRONTO ATENDIMENTO	URGÄNCIA								
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.					Registrado por:		
	DEMANDA ESPONTANEA						KEILA.JARINA		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> SAndrome Febril <input type="checkbox"/> SintomÄjico RespiratÄrio <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue								
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL <input type="checkbox"/>								
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456									
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)	<i>Pac. vimos de suscita de dor, que sór em ondas de perda de sensação</i>								
Exame Físico	<i>UVE</i> <i>AGRAVO: ñcid. de perda</i> <i>02/10/19</i> <i>Data</i> <i>Notificador(a)</i>								
Hipótese Diagnóstica	<i>Franas de fibras e manchas</i>								
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-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									
<i>20/10/19</i> <i>22:30</i> <i>Confere com origina.</i>									
<i>05.370.016/0001-00</i>									
<i>HOSPITAL REGIONAL SUL</i>									
<i>03/10/2019</i>									
Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: 03/10/2019								
Ábito	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica								
Antes do 1º Atendimento? () Sim () NÃO Destino: () Família									
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura MÁdica								
<i>Matheus Coelho</i> <i>1900133305</i>									

22:10

7

Prb. exp TNC. e

Dele zero

- molejado

o Tidell o, - ex 12/12. 22:10 ^{Xer} 10

o D. de zel + 8/10 + SUSPENSO

o Dele zero opções 23:00.

- anúncios clínicos com controles

Diracionar ao C. Clínico

às 11:00h.

Confere
com origina
00.000.000.000.000
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR MACHADO
CEP: 69.370-070
RORAINOPOLIS
RR

24 hs T =

00hs

PA:

T - 36,7

P =

P - 80

R =

R - 24

às 01:00h



Anexo I

Atto: 08/01/19

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLCCD

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

5 - NOME DO PACIENTE

Antônio Fernandes da Conceição

6 - N° DO PRONTUÁRIO 175233

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO / /

9 - SEXO Mas. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Francisca Marcelina de Conceição

11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO) R. Pires Br. - 165 - Santa Teresinha

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Boa Vista

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF RR 16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dolor de estômago e febre

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO tratamento clínico

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

Hospital Geral de Roraima
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/n
Novo Planalto Tel (95) 2121-0622

AUTENTICAÇÃO

2020

Certifico e Dou Fé que a presente é a verdadeira e original
representado neste Hospital

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Linfoma fonoalvo (e)

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA atopeni

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Joao Carlos P. Alves Amor

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 3/10/19

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° 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

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 3/10/19

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 0308010019
Câm T668



PEDIDO DE PARECER

UNILDALE

NOME: Antônio Fernando do Coração
IDADE: 90 REGISTRO:

IDADE:

REGISTRO:

BLOGS

ENFERMARIA

1173

EMERGÊNCIA

DE

Orthopedics

PARA.

RA: Cardioloxia

Dados Clínicos:

paciente com quadro de febre
soldado Riso Arregui.
Grado 1

7.10.19
Data

234

07/10/2019 Pla de los p= Medico

Dr. Augusto Caudente
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 1984

07/10/2019 Pedreiro f= Medico

Steve Quests sides of a fence

TP: $110 \times \text{total (sec.)}$ $\text{PC: RPS Fe: } 286/11$

7. for present to see ~~Reindeer~~ the ^{Billin} Reindeer face to

Perfume, see *École de Paris*.

EEG ~~distortion~~ to consciousness by drugs

1
Data

Médico

Over



Moço 9

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



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Antônio Francisco dos Leme ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 3/10/19, COM
DIAGNÓSTICO DE Fractura fêmoral
NO DIA 1/11/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

SENGO

OPERADO PELO DR. José das E DR. W. A.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 8/10/19, AS 14:45 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1/11/19, AS 14:45, COM O
DR. W. A. Mota 3/10/19

ORIENTAÇÕES GERAIS :

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
v. Brig. Eduardo Gomes, S/º
Av. Plano Piloto Tel (95) 2121-0622
AUTENTICAÇÃO

- 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.

*Dr. Augusto Carvalho
Médico Presidente
Ortopedia e Traumatologia
HGR - 1984*

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

8/10/19



GOVERNO DO AMÉRICO
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HONORÁRIO: Antônio Fernandes de Lacerda RECRUITADO

Lago Negro

Paciente fute occidente
9 de 20/10/19, operando
fratura de tornozelo esquerdo,
operado no HCN dia 26/10/19

CD. 582

Tempo: aproximado de 01 hora
das 04h00min a 05h00min
dia 26

DATA: 15/11/19

Dr. Jesus da Luz Aguiar
Assinatura em Corrimão

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Mota, 630 - Centro da Vila RM
CEP: 69.301-150 - CNPJ: 84.013.403/0001-00



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO
Data: <u>20/8/18</u> O.S. _____

Antônio do conceito

Halux jc apresenta deformidade de tipo obrecho preta antiga

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

*fract. D. maleolar
+ luxado +
fract. luxo Halux e*

CIRURGÃO: <u>P. de</u>	1º AUXILIAR: _____
2º AUXILIAR: _____	INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____	ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____	ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____	FIM: _____
DURAÇÃO: <u>05.370.016/0001-00</u>	

RELATÓRIO CIRÚRGICO | HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTÁVIO JOSÉ DE SOUZA PINTO

*Br. 174 - Faz. 101
CEP: 69.370-070
FORAINÓPOLIS - RR*

① Pedi D. Halux
② suspeita luxação / cr. cr
③ encontro a frct. TNZ e + lux.
frct. luxo halux e
④ repara in situ TNZ + reduz lux. P. Halux
com estabiliz. c/ T.O.K. cir. c. TNZ p/ 2º fechamento
devido incompatibilidade de conduta de pedr
muito normal
⑤ ate oito / At. colab/ celo/ ORP/

altg : 0111119

BLOCO B

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____

2 - CNES _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____

4 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE *Acácio Fernando Da Conceição*

6 - N.º DO PRONTUÁRIO *175233*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) *8918013141719115181912*

8 - DATA DE NASCIMENTO *29/04/79*

9 - SEXO *m*

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL *Francisca Marcelina da Conceição*

11 - TELEFONE DE CONTATO *95917116328192*

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

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA *Curitiba*

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO *140020* 15 - UF *RN* 16 - CEP *69314091*

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS *Acidente Tá + de 1 mês*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO *Coronar 611*

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO *Faixa de 0 a 90*

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO *Óstoscopio*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO *031084040911*

26 - CLÍNICA *Porto Alegre* 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO *00*

28 - DOCUMENTO CNS CPF

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE *040805037873825*

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE *João Alves Barbosa Filho*

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO *08/01/2021* 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) *040805037873825*

33 - ACIDENTE DE TRABALHO *00* 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO *00* 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO *00*

36 - CNPJ DA SEGURADORA *00* 37 - N.º DO BICHETE *00* 38 - SÉRIE *00*

39 - CNPJ EMPRESA *00* 40 - CNAE DA EMPRESA *00* 41 - CBOR *00*

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA *00* 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR *João Alves Barbosa Filho* 44 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR *040805037873825*

45 - DOCUMENTO CNS CPF

46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR *040805037873825*

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO *08/01/2021* 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) *040805037873825*



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

31/10/19.

O.S. _____

*Automa Fáscicolo
Da Ossosca*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TÉCNICA DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

*Extrato de
Extrato - se TAL subluxado
TAL Fissura
Reduzido
Estabilizado com placas 1/3 e
8 furos
Tusca 1/2 fuso encontrada
fissão placa 1/2
Reduzido
Estabilizado com 02 furos
Espessos (não pode ser fenda a
compressão x ser rosca fuso
Fechamento x plano*

*caroço
lateral*



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Antônio Fernando da Cunha
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

31.10.19

16:00

N°

18:00

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES					
			15	30	45	15	30	45
A	Butorfanol 0,5% 15mg	Respirador Lumbos, Ombro, Cintura, Abdômen, Extremidades, com regulagem de anestesia N.º 200.	1. Montanharesé + dura liga					
B	Musculol 100mg	Extremidades, Cintura, Abdômen, Extremidades, com regulagem de anestesia N.º 200.	2. Sodasalol 100mg					
C	Fentol 100mg	Extremidades, Cintura, Abdômen, Extremidades, com regulagem de anestesia N.º 200.	3. Aspirad. 2g IV					
D			4. Colchon 2g IV					
E			5. Dextrofent 100mg IV					
F			6. Tropican 400g IV					
G								
GLUCOSE	LIQUIDOS	Cámla - Naso / Oro Faringea 5mg Naso / Orotáqueal - Cega Bal - Tamp - Calibre do Tubo Sob Máscara Dificuldade Técnica						
NDCC								
SANGUE								
TOTAL	500.000	2.000						
OPERAÇÃO	Osteosintese de toras de los espaldas							
ANESTESIA	- Dr Michel - Dr Carlos Jr - m	CÓDIGO	CIRURGÃO	Laringo - Espasmo - Excesso Secre		Hemorragia - Arritmia		
			Dr Jair	Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito		Bradí Taquicardia - Choque		
				PERDA SANGUINEA		F. 3000		

Michel M. Moura
Médico Anestesiologista
CRM - RR 1106





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

40a
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Antonio Fernandes da Conceição		404-5	00175233	31/10/19	
TIPO		CIRURGIA			
Osteosíntese de TNZ (E)		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		16:35	18:15		
CIRURGÃO		EQUIPE MÉDICA			
Dr. Jesus		ANESTESISTA:	Dr. Michel		
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:	Res. Carlos		
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	Fogner		
TIPO DE ANESTESIA:		Roxane			
QUANT.		TEMPO DE DURAÇÃO:			
		Roxane			
MATERIAIS		VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	
PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250ml	
10 PACOTES GAZE			1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
6 LUVA ESTERIL 7.0			1	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
4 LUVA ESTERIL 7.5			1	FIO VICRYL Nº 0	
5 LUVA ESTERIL 8.0			1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
10 LUVA ESTERIL 8.5			1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10 LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
2 LÂMINA BISTURI Nº 24 + 10			1	FIO CATGUT SIMPLES Nº	
DRENO DE SUCÇÃO Nº			1	FIO CATGUT CROMADO Nº	
DRENO DE TORAX Nº			1	FIO PROLENE Nº	
DRENO DE PENROSE Nº			1	FIO SEDA Nº	
SERINGA 01ML			1	SURGICEL <i>Procedura de crepum</i>	
SERINGA 03ML			1	CERA P/ OSSO JE/CO Nº 18	
3 SERINGA 05 ML			1	KIT CATARATA Nº <i>Eletrodos</i>	
2 SERINGA 10ML			1	GEOFOAM <i>cooper 62</i>	
4 SERINGA 20ML			1	FITA CARDIACA <i>Aquilino P/ roque</i>	
			1	OUTROS: <i>Equipo inadecuado</i>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS					
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
		<i>Luciano e</i> <i>Rebeca</i>	VALOR		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	MATERIAL MEDICAMENTOS		
			SUB- TOTAL		
			TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



404-5
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, 60 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 30/10/19, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur Enquadrado

NO DIA 31/10/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Desassintese de fêmur Enquadrado SENDO
OPERADO PELO DR. Jesus E DR. Carlos Henrique
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 1/11/19, AS 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, AS 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

1/11/19
BOA VISTA

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



ESTADO DE RORAIMA
"MAIS QUAIS PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Ortopedista	Procedimento Realizado: Osteosíntese de Tuz
Nome do Paciente: Antonio Fernando da Conceição		Nº do Prontuário 00175233
Bloco: D	Enfermaria: 404	Leito: 05
		Nº da Sala 04
Circulante de Sala: Hulma Raimunda		
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Pequena cirurgia Perfurador ortopédico Pequenos fragmentos		

Dados dos materiais/Serviço					
Hospital Geral de Roraima		Empresa ()	Dados Adicionais:		
ITEM	DESCRICAÇÃO DO ITEM		UNID.	QUANT.	MARCA
01	Placa 1/3 de Cono com 8 furos	✓	01	01	
02	Parafusos corticais 40	✓	01	04	
03	Parafusos Esponjosos 18	✓	01	01	
04	Parafusos Esponjosos 20	✓	01	02	
05	Parafuso esponjoso nº 50	✓	02	02	

MÉDICO CIRURGÃO: Dr. Jesus
INSTRUMENTADOR: Fagner

Dr. Jesus Lopez Aquino
CRM-RR 566

1º AUXILIAR: Dr. Carlos Enrique

2º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE
OPME/CME

74-03-2020

Via de Pagamento para o mês/ano 06/2020 referente a UC 10881/9



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44
IE: 240070223

RORAIMA ENERGIA

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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





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 COMPROVAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO



Lista de Faturas da UC: 1482734

Faturas da UC: 1482734

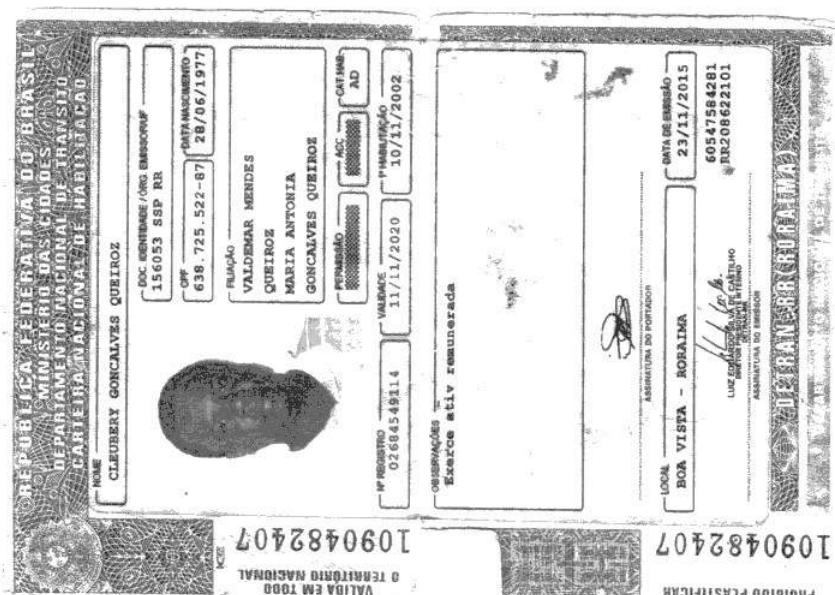
[x] Sair

Unidade Consumidora 1482734 Endereço VC 02 DO ARCOIRES, S/N , KM 5 PARAIZO VITOR - RURAL		Nome do Cliente MARINALVA ALVES DA CONCEICAO	
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

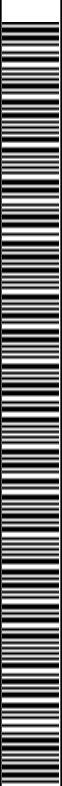








Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5N2 64DSQ ZUYUS M36SK



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Antonio Fernando da conceição

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Agricultor

IDENTIDADE: 385615-9 SSPIRR

ENDEREÇO: VC. 02 da Arcoíris, s/n, Paraiso, Canacorai - RR.

OUTORGADO

NOME: Flor Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114807 SSPIRR

ENDEREÇO: Rua Antonio Pinheiro Galvão - 8832, Buritis

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

29/09/2019 cobertura Imobilidade,
Antonio Fernando da Conceição, vítima:

Á rogo:

CPF: 638 1725 1522-87



outorgante

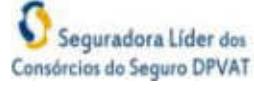
TESTEMUNHA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIO FERNANDO DA CONCEICAO

MANOEL COELHO NETO

